




3 1761 11701780 6



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117017806>



CA1
YC2
-2006
A33

First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Monday, November 20, 2006
Monday, November 27, 2006

Issue No. 1

**Organizational meeting
and**

First meeting on:

Special study on aging

**INCLUDING:
THE FIRST REPORT OF THE COMMITTEE
(Special Study Budget)**

**WITNESSES:
(See back cover)**

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le lundi 20 novembre 2006
Le lundi 27 novembre 2006

Fascicule n° 1

**Réunion d'organisation
et**

Première réunion concernant :

L'étude spéciale sur le vieillissement

**Y COMPRIS :
LE PREMIER RAPPORT DU COMITÉ
(Budget pour l'étude spéciale)**

**TÉMOINS :
(Voir à l'endos)**



THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	* LeBreton, P.C.
Cordy	(or Comeau)
Johnson	Mercer
* Hays	Murray, P.C.
(or Fraser)	

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	* LeBreton, C.P.
Cordy	(ou Comeau)
Johnson	Mercer
* Hays	Murray, C.P.
(ou Fraser)	

*Membres d'office

(Quorum 3)

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 7, 2006:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Bryden:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the implications of an ageing society in Canada;

That, notwithstanding rule 85(1)(b), the committee comprise seven members, namely the Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Johnson, Keon, Mercer, and Murray, P.C., and that three members constitute a quorum;

That the Committee examine the issue of ageing in our society in relation to, but not limited to:

- promoting active living and well being;
- housing and transportation needs;
- financial security and retirement;
- abuse and neglect;
- health promotion and prevention; and
- health care needs, including chronic diseases, medication use, mental health, palliative care, home care and caregiving;

That the Committee review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages;

That the Committee review strategies on ageing implemented in other countries;

That the Committee review Canada's role and obligations in light of the 2002 Madrid International Plan of Action on Ageing;

That the Committee consider the appropriate role of the federal government in helping Canadians age well;

That the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada;

That the Committee be authorized to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That, pursuant to rule 95(3)(a), the Committee be authorized to meet during periods that the Senate stands adjourned for a period exceeding one week;

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 7 novembre 2006 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Bryden,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, nonobstant l'article 85(1)b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, à savoir les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Johnson, Keon, Mercer et Murray, C.P. et que trois membres constituent le quorum;

Que le comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

Que le comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

Que le comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

Que le comité soit habilité à se déplacer d'un endroit à l'autre au Canada;

Que le comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'article 95(3)a) du Règlement, le comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

That the Order of Reference to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology concerning the ageing of the population, adopted by the Senate on June 28, 2006, be withdrawn; and

That the Committee present its final report to the Senate no later than December 31, 2007, and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of its Final Report until March 31, 2008.

The question being put on the motion, it was adopted.

Que l'ordre de renvoi au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concernant le vieillissement de la population, adopté par le Sénat le 28 juin 2006, soit retiré;

Que le comité présente son rapport final au Sénat au plus tard le 31 décembre 2007, et qu'il conserve jusqu'au 31 mars 2008 tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser les conclusions de ce rapport.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, November 20, 2006
(1)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this at 1:18 p.m. in room 257, East Block, pursuant to rule 88 of the *Rules of the Senate*, to organize the activities of the committee.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy and Mercer (4).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool, Michael Toye and Howard Chodos, Research Analysts.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to rule 88, the committee proceeded to hold an organization meeting.

The Clerk of the Committee presided over the election of the Chair.

The Honourable Senator Chaput moved:

That the Honourable Senator Carstairs, P.C., do take the Chair of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Carstairs, P.C., took the Chair.

The Honourable Senator Cordy moved:

That the Honourable Senator Keon be Deputy Chair of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Chaput moved:

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be composed of the Chair, the Deputy Chair, and one other member of the committee, to be designated after the usual consultation; and

That the Subcommittee be empowered to make decisions on behalf of the committee with respect to its agenda, to invite witnesses, and to schedule hearings.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Mercer moved:

That the committee print its proceedings; and

That the Chair be authorized to set a number to meet demand.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Chaput moved:

That, pursuant to rule 89, the Chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of the evidence when a quorum is not present, provided that a member of the committee from both the government and the opposition be present.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 20 novembre 2006
(1)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 13 h 18 dans la salle 257, de l'édifice de l'Est, pour tenir sa séance d'organisation conformément à l'article 88 du Règlement du Sénat.

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy et Mercer (4).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool, Michael Toye et Howard Chodos, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Le comité tient sa séance d'organisation conformément à l'article 88 du Règlement.

Le greffier procède à l'élection du président.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que l'honorable sénateur Carstairs, C.P., soit présidente du comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Carstairs, C.P., occupe le fauteuil.

L'honorable sénateur Cordy propose :

Que l'honorable sénateur Keon soit vice-président du comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que le Sous-comité du programme et de la procédure se compose de la présidence, de la vice-présidence et d'un autre membre du comité désigné après les consultations d'usage; et

Que le Sous-comité soit autorisé à prendre des décisions au nom du comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Mercer propose :

Que le comité fasse imprimer ses délibérations; et

Que la présidence soit autorisée à fixer la quantité en fonction des besoins.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que, conformément à l'article 89 du Règlement, la présidence soit autorisée à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un membre du comité du gouvernement et de l'opposition soient présents.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Cordy moved:

That the committee ask the Library of Parliament to assign research officers to the committee;

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to retain the services of such experts as may be required by the work of the committee; and

That the Chair, on behalf of the committee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries and draft reports.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Mercer moved:

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, and section 7, chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority to commit funds be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair, and the Clerk of the Committee; and

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and section 8, chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority for certifying accounts payable by the committee be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair, and the Clerk of the Committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Chaput moved:

That the committee empower the Subcommittee on Agenda and Procedure to designate, as required, one or more members of the committee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Cordy moved:

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to:

- 1) determine whether any member of the committee is on "official business" for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators' Attendance Policy, published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and
- 2) consider any member of the committee to be on "official business" if that member is: (a) attending a function, event or meeting related to the work of the committee; or (b) making a presentation related to the work of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Mercer moved:

That pursuant to the Senate guidelines for witnesses' expenses, the committee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and payment will take place upon application, but that the Chair be authorized

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Cordy propose :

Que le comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter du personnel de recherche auprès du comité;

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à faire appel aux services d'experts-conseils dont le comité peut avoir besoin dans le cadre de ses travaux; et

Que la présidence, au nom du comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés, et de projets de rapport.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Mercer propose :

Que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à l'article 7, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'engager des fonds du comité soit conférée individuellement au président, au vice-président et au greffier du comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à l'article 8, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du comité soit conférée individuellement au président, au vice-président et au greffier du comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que le comité autorise le Sous-comité du programme et de la procédure à désigner, au besoin, un ou plusieurs membres du comité, de même que le personnel nécessaire, qui se déplaceront au nom du comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Cordy propose :

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à :

- 1) déterminer si un membre du comité remplit un « engagement officiel » au sens de l'alinéa 8(3)a) de la politique relative à la présence des sénateurs, publiée dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998; et
- 2) considérer qu'un membre du comité remplit un « engagement officiel » si ce membre : a) assiste à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du comité; ou b) fait un exposé ayant trait aux travaux du comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Mercer propose :

Que, conformément aux lignes directrices du Sénat gouvernant les frais de déplacement des témoins, le comité peut rembourser des dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin par organisme, après qu'une demande de remboursement

to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Chaput moved:

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to permit coverage by electronic media of the committee's public proceedings at its discretion.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that the committee meet from 12:30 p.m. to 3:30 p.m. on Mondays, at the call of the Chair.

The committee discussed future business.

At 1:36 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, November 27, 2006

(2)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:33 p.m. in room 9, Victoria Building, the Chairman, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Johnson, Keon, Mercer and Murray, P.C. (7).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool, Michael Toye and Howard Chodos, Research Analysts.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 7, the committee commenced consideration of the implications of an aging society in Canada.

WITNESSES:

Statistics Canada:

Pamela White, Director, Demography Division;

Laurent Martel, Analyst, Research and Analysis Section, Demography Division.

As an individual:

Byron Spencer, Professor, Economics, McMaster University.

National Aboriginal Health Organization:

Carole Lafontaine, Acting Chief Executive Officer;

Mark Buell, Manager, Policy/Communications Unit.

a été présentée, mais que la présidence soit autorisée à permettre le remboursement de dépenses pour un deuxième témoin du même organisme s'il y a des circonstances exceptionnelles.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé de diffuser ses délibérations publiques par les médias d'information électroniques à sa discrétion.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu que le comité siège de 12 h 30 à 15 h 30 les lundis, sous convocation de la présidence.

Le comité discute de travaux futurs.

À 13 h 36, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 27 novembre 2006

(2)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 33 dans la salle 9, de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Johnson, Keon, Mercer et Murray, C.P. (7).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool, Michael Toye et Howard Chodos, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 7 novembre, le comité entreprend son étude des incidences du vieillissement de la société canadienne.

TÉMOINS :

Statistique Canada :

Pamela White, directrice, Division de la démographie;

Laurent Martel, analyste, Section de la recherche et de l'analyse, Division de la démographie.

À titre personnel :

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster.

Organisation nationale de la santé autochtone :

Carole Lafontaine, présidente-directrice générale intérimaire;

Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.

National Advisory Council on Aging:

Robert Dobie, Acting Chair;

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors,
Centre for Healthy Human Development, Public Health
Agency of Canada.

As an individual:

Douglas Durst, Professor, Faculty of Social Work, University
of Regina.

The Chair made a statement.

Ms. White and Mr. Spencer made presentations and then,
together with Mr. Martel, answered questions.

At 1:52 p.m., the committee suspended.

At 1:53 p.m., the committee resumed.

The Honourable Senator Mercer moved:

That the committee adopt the draft budget application for its
special study on aging and that the Chair submit that budget to
the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and
Administration for its approval:

Professional and other services	\$ 15,600
Transportation and Communications	9,000
All other expenditures	<u>500</u>
TOTAL	\$ 25,100

The question being put on the motion, it was adopted.

At 1:55 p.m., the committee suspended its sitting.

At 2:02 p.m., the committee resumed its sitting.

Ms. Lafontaine, as well as Mr. Dobie and Mr. Durst, made
presentations and then, together with Mr. Buell, answered
questions.

At 3:30 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du comité,

François Michaud

Clerk of the Committee

Conseil consultatif national sur le troisième âge :

Robert Dobie, président intérimaire;

Magaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des
aînés, Centre de développement de la santé humaine, Agence
de santé publique du Canada.

À titre personnel :

Douglas Durst, professeur, Faculté de travail social, Université
de Regina.

La présidente fait une déclaration.

Mme White et M. Spencer font des exposés puis, assistés de
M. Martel, répondent aux questions.

À 13 h 52, le comité suspend ses travaux.

À 13 h 53, le comité reprend ses travaux.

L'honorable sénateur Mercer propose.

Que le comité adopte le budget proposé pour son étude spéciale
sur le vieillissement et que la présidence soumette ce budget au
Comité permanent de la régie interne, des budgets et de
l'administration afin d'obtenir son approbation :

Services professionnels et spéciaux	15 600	\$
Transports et communications	9 000	
Autres dépenses	<u>500</u>	
TOTAL	25,100	\$

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 13 h 55, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 2, le comité reprend ses travaux.

Mme Lafontaine, ainsi que MM. Dobie et Durst, font des
exposés puis, assistés de M. Buell, répondent aux questions.

À 15 h 30, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de
la présidence.

ATTESTÉ :

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, December 7, 2006

The Special Senate Committee on Aging has the honour to present its

FIRST REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on Tuesday November 7, 2006, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, respectfully requests that it be empowered to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of its study.

Pursuant to section 2(1)(c) of Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that Committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

La présidente,

SHARON CARSTAIRS

Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 7 décembre 2006

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Votre Comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 7 novembre 2006 à examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport, demande respectueusement qu'il soit autorisé à retenir les services d'avocats, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de son enquête.

Conformément à l'article 2(1)c) du chapitre 3:06 du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration, ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

**SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING**

**APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2007**

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday,
November 7, 2006:

The Honourable Senator Carstairs, P.C., moved,
seconded by the Honourable Senator Bryden:

That a Special Committee of the Senate be appointed to
examine and report upon the implications of an ageing
society in Canada;

(...)

That the Committee present its final report to the Senate
no later than December 31, 2007, and that the Committee
retain all powers necessary to publicize the findings of its
Final Report until March 31, 2008.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS 2007**

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 7 novembre 2006 :

L'honorable sénateur Carstairs, C.P., propose, appuyée
par l'honorable sénateur Bryden,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les
incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en
faire rapport;

[...]

Que le Comité présente son rapport final au Sénat au plus
tard le 31 décembre 2007, et qu'il conserve jusqu'au
31 mars 2008 tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser
les conclusions de ce rapport

La motion, mise aux voix, est adoptée.

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$ 15,600
Transportation and Communications	9,000
All Other Expenditures	<u>500</u>
TOTAL	\$ 25,100

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	15,600 \$
Transports et communications	9,000
Autres dépenses	<u>500</u>
TOTAL	25,100 \$

The above budget was approved by the Special Senate Committee on Aging on _____, 2006.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement le _____ 2006.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date
The Honourable Sharon Carstairs, P.C.
Chair, Special Senate Committee on Aging

Date
L'honorable Sharon Carstairs, C.P.
Présidente du Comité sénatorial spécial
sur le vieillissement

Date
The Honourable George J. Furey
Chair, Standing Committee on Internal
Economy, Budgets, and Administration

Date
L'honorable George J. Furey
Président du Comité permanent de la régie
interne, des budgets et de l'administration

**SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING**

IMPLICATIONS OF AN AGING SOCIETY IN CANADA

**EXPLANATION OF BUDGET ITEMS
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2007**

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

Meals (0415) (11 meals X \$350)	\$ 3,850	
Hospitality (0410)	1,000	
Conference Fees (1 conference)	750	
Consultant	<u>10,000</u>	
Total — Professional and Other Services		\$ 15,600

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

1. international conference (estimated cost)		
Air transportation	\$ 6,000	
Ground Transportation	250	
Hotel accommodations	1,250	
Per diem and incidentals	1,250	
Courier Services (0213)	<u>250</u>	
Total- Transport and Communications		\$ 9,000

ALL OTHER EXPENDITURES

Miscellaneous contingencies (0799)	\$ 500	
Total - All Other Expenditures		\$ <u>500</u>
GRAND TOTAL		\$ 25,100

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk, Committees Directorate

Date

Hélène Lavoie, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT**

INCIDENCES DU VIEILLISSEMENT DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE

**EXPLICATION DES ITEMS BUDGÉTAIRES
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2007**

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

Repas (0415) (11 repas X 350\$)	3 850 \$	
Hospitalité (0410)	1 000	
Frais d'inscription, conférence (1 conférence)	750	
Consultant	<u>10 000</u>	
Total – Services professionnels et autres		15 600 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

1. conférence internationale (coût estimatif)		
Transport aérien	6 000 \$	
Transport terrestre	250	
Hébergement	1 250	
Indemnités journalières	1 250	
Services de messageries (0213)	<u>250</u>	
Total – Transport et communications		9 000 \$

AUTRES DÉPENSES

Imprévus (0799)	<u>500 \$</u>	
Total – Autres dépenses		<u>500 \$</u>
GRAND TOTAL		25 100 \$

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale, Direction des comités

Date

Hélène Lavoie, directrice, Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, December 7, 2006

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Special Senate Committee on Aging for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2007, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, as authorized by the Senate on Tuesday, November 7, 2006. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 15,600
Transportation and Communications	9,000
Other Expenditures	<u>500</u>
Total	\$ 25,100

(includes funding for a conference)

Respectfully submitted,

Le président,

GEORGE J. FUREY

Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 7 décembre 2006

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2007 aux fins d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadiennes et d'en faire rapport, tel qu'autorisé par le Sénat le mardi 7 novembre 2006. Ledit budget se lit comme suit :

Services professionnels et autres	15 600 \$
Transports et communications	9 000
Autres dépenses	<u>500</u>
Total	25 100 \$

(y compris des fonds pour participer à une conférence)

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, November 20, 2006

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:18 p.m., pursuant to rule 88 of the *Rules of the Senate*, to organize the activities of the committee.

[English]

Francois Michaud, Clerk of the Committee: Honourable senators, I am ready to receive a motion to elect the chair of this committee.

[Translation]

Senator Chaput: I nominate Senator Carstairs for the position of committee Chair.

[English]

Mr. Michaud: Are there any other nominations?

It is moved that Senator Carstairs take the chair of this committee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Mr. Michaud: I declare Senator Carstairs duly elected chair of this committee.

Senator Sharon Carstairs (Chairman) in the chair.

The Chairman: Thank you, senators. There are a number of procedural motions we must attend to, the first of which is to elect a deputy chair.

Senator Cordy: I wish to nominate Senator Keon for position of deputy chair.

The Chairman: Are there any further nominations?

It has been moved by Senator Cordy that Senator Keon be made deputy chair of the committee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need to establish a Subcommittee on Agenda and Procedure. Before I put this motion to you, I wish to tell you that, because we are only seven, except for very minor procedural matters, I should like to have the whole committee act as the steering committee. However, as there will be times when we need to give permission for small matters, I should like one of you to volunteer to be the third member of the steering committee.

Senator Cordy has volunteered to be the third member. Is it agreed, honourable senators, that the chair, the deputy chair and one other member, which we have now designated, will make up the Subcommittee on Agenda and Procedure and further that the subcommittee be empowered to make decisions on behalf of the committee, with respect to its agenda, to invite witnesses and schedule hearings?

Hon. Senators: Agreed.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 20 novembre 2006

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 13 h 18, conformément à l'article 88 du Règlement, pour tenir sa séance d'organisation.

[Traduction]

François Michaud, greffier du comité : Honorables sénateurs, je suis prêt à recevoir une motion en vue de l'élection du président du comité.

[Français]

Le sénateur Chaput : Je propose le sénateur Carstairs à titre de présidente du comité.

[Traduction]

M. Michaud : Y a-t-il d'autres propositions?

Il est proposé que le sénateur Carstairs soit élue à la présidence du comité. Vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter cette motion?

Des voix : D'accord.

M. Michaud : Je déclare le sénateur Carstairs dûment élue présidente du comité.

Le sénateur Sharon Carstairs (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente : Merci, sénateurs. Il y a un certain nombre de motions de procédure que nous devons traiter; la première vise l'élection d'un vice-président.

Le sénateur Cordy : Je propose la candidature du sénateur Keon au poste de vice-président.

La présidente : Y a-t-il d'autres propositions?

Il a été proposé par le sénateur Cordy que le sénateur Keon soit élu vice-président du comité. Vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter cette motion?

Des voix : D'accord.

La présidente : Nous devons constituer un sous-comité du programme et de la procédure. Avant de mettre cette motion aux voix, je souhaite vous dire que, étant donné que nous ne sommes que sept, j'aimerais que tous les membres du comité jouent ensemble le rôle de comité directeur, sauf s'il s'agit de questions de procédure très mineures. Toutefois, comme il se présentera des situations où nous aurons à décider de questions de moindre importance, j'aimerais qu'un de vous se porte volontaire pour être le troisième membre du comité directeur.

Le sénateur Cordy s'est porté volontaire pour être le troisième membre. Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs, pour que la présidente, le vice-président et un autre membre, que nous avons maintenant désigné, forment le Sous-comité du programme et de la procédure et que le sous-comité soit autorisé à prendre des décisions au nom du comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences?

Des voix : D'accord.

The Chairman: The fourth order of business is to print the committee's proceedings.

Senator Mercer: I so move.

The Chairman: Senator Mercer has moved that the committee print its proceedings and that the chair be authorized to set the number to meet demand.

All in agreement?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need an authorization to hold meetings and print evidence when quorum is not present.

It is moved by Senator Chaput that pursuant to rule 89 the chair be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of the evidence when a quorum is not present provided that a member of the committee from both the government and opposition be present.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need a motion for research staff.

It is moved by the Honourable Senator Cordy that the committee ask the Library of Parliament to assign research staff to the committee and that the subcommittee be authorized to retain the services of such counsel, technical, clerical and other personnel as may be required by the work of the committee and that the chair, on behalf of the committee, direct the research staff in preparation of the studies, analyses, summaries and draft reports.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need authority to commit funds and certify accounts.

It is moved by the Honourable Senator Mercer that, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, authority to commit funds be conferred individually on the chair, the deputy chair and the clerk of the committee and that, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act and guideline 305 of Appendix II of the *Rules of the Senate* authority for certifying accounts payable by the committee be conferred individually on the chair, the deputy chair and the clerk of the committee.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The next order of business is travel. Honourable senators, before we move this one, I wish to indicate that I should like to keep travel to an absolute minimum. We will use video conferencing whenever possible, but it is important to get the motion because we will have to do some travel and, no, we will not travel in January.

La présidente : Le quatrième point à l'ordre du jour concerne l'impression des délibérations du comité.

Le sénateur Mercer : J'en fais la proposition.

La présidente : Le sénateur Mercer propose que le comité imprime ses délibérations et que la présidence soit autorisée à fixer le nombre d'exemplaires pour répondre à la demande.

Tout le monde est-il d'accord?

Des voix : Oui.

La présidente : Nous avons besoin d'une autorisation pour tenir des réunions et imprimer les témoignages en l'absence de quorum.

Il est proposé par le sénateur Chaput que, conformément à l'article 89 du Règlement du Sénat, la présidence soit autorisée à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents.

Des voix : D'accord.

La présidente : Nous avons besoin d'une motion concernant le personnel de recherche.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cordy que le comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter du personnel de recherche au comité et que le sous-comité soit autorisé à retenir les services de conseillers juridiques, de techniciens, d'employés de bureau et d'autres personnes, au besoin, pour aider le comité et que la présidente, au nom du comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapport.

Des voix : D'accord.

La présidente : Nous avons besoin du pouvoir d'engager des fonds et d'approuver les comptes.

Il est proposé par l'honorable sénateur Mercer que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, l'autorisation d'engager des fonds soit conférée individuellement à la présidente, au vice-président et au greffier du comité, et que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à la directive 3.05 de l'annexe II du *Règlement du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du comité soit conférée individuellement à la présidente, au vice-président et au greffier du comité.

Des voix : D'accord.

La présidente : Le prochain point inscrit à l'ordre du jour concerne les voyages. Honorables sénateurs, avant que nous nous prononcions sur cette question, j'aimerais que nous limitions les déplacements au strict minimum. Nous recourrons aux vidéoconférences dans toute la mesure du possible, mais il est important d'adopter une motion, car il nous faudra faire certains déplacements, mais pas en janvier.

It has been moved by Senator Chaput that this committee empower the Subcommittee on Agenda and Procedure to designate committee members and staff, as may be necessary, to travel on assignment on behalf of the committee.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The next item is designation of members travelling on committee business. It is moved by Senator Cordy that the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to determine whether any member of the committee is on official business for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators' Attendance Policy published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and, consider any member of the committee to be on official business if that member is attending an event or meeting related to the work of the committee or making a presentation related to the work of the committee.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The next item is travelling and living expenses of witnesses. It is moved by Senator Mercer that, pursuant to the Senate guidelines for witness expenses, the committee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and that payment will take place upon application but that the chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Electronic media coverage of public meetings. It is moved by the Senator Chaput that the Subcommittee on Agenda and Procedure be empowered to allow coverage by electronic media at its discretion.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Time slot for regular meetings. When we discussed this originally, we had proposed one o'clock, to run from 1:00 p.m. to 4:00 p.m. A number of senators, however, also have meetings at four o'clock, so with the agreement of senators I should like to set the time frame for these meetings to be from 12:30 to 3:30. That will allow a half-hour break between one set of meetings and the other.

Senator Mercer: Will that be on Mondays?

The Chairman: Yes, on Mondays only, unless we are travelling, but we will discuss that later. So the time slot for regular meetings, moved by Senator Chaput, will be Mondays at 12:30.

Other business. I want to invite a number of people to join us at the table. We should have done that sooner and forgot to do so. A number of people are working with us on this committee. We have Howard Chodos from the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology; Julie Cool, with whom I have worked closely with respect to IPU when Senator Fraser was the head of the women's group at IPU. Julie travelled to all IPU

Il est proposé par le sénateur Chaput que le comité autorise le Sous-comité du programme et de la procédure à désigner, au besoin, des membres du comité, de même que le personnel nécessaire, qui se déplaceront au nom du comité.

Des voix : D'accord.

La présidente : Le prochain point est la désignation des membres qui voyagent pour les affaires du comité. Il est proposé par le sénateur Cordy que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à déterminer si un membre du comité remplit un « engagement public » au sens de l'alinéa 8(3)a) de la politique relative à la présence des sénateurs publiée dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998, et à considérer qu'un membre du comité remplit un « engagement public » si ce membre assiste à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du comité ou fait un exposé ayant trait aux travaux du comité.

Des voix : D'accord.

La présidente : Nous passons maintenant aux frais de déplacement et de séjour des témoins. Il est proposé par le sénateur Mercer que, conformément aux lignes directrices du Sénat concernant les frais de déplacement des témoins, le comité rembourse les dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin par organisme, après qu'une demande de remboursement a été présentée, mais que la présidence soit autorisée à permettre le remboursement des dépenses pour un deuxième témoin du même organisme en cas de circonstances exceptionnelles.

Des voix : D'accord.

La présidente : Diffusion des délibérations publiques par les médias d'information électronique. Il est proposé par le sénateur Chaput que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à permettre la diffusion de ses délibérations à sa discrétion.

Des voix : D'accord.

La présidente : Horaire des réunions ordinaires. Lorsque nous avons discuté de cette question, au début, nous avons proposé de nous réunir de 13 à 16 heures. Toutefois, un certain nombre de sénateurs ont également des réunions à 16 heures; donc, avec l'accord des sénateurs, j'aimerais que nous fixions la période de ces séances de 12 h 30 à 15 h 30. Cela donnera un battement de 30 minutes entre deux réunions.

Le sénateur Mercer : Est-ce que ce sera le lundi?

Le président : Oui, seulement le lundi, à moins que nous ne soyons en déplacement, mais nous y reviendrons tout à l'heure. Donc, conformément à la proposition du sénateur Chaput, les séances se tiendront le lundi à compter de 12 h 30.

Autres questions. J'aimerais inviter quelques personnes à se joindre à nous à la table. Nous aurions dû le faire plus tôt, mais nous avons oublié. Un certain nombre de personnes travaillent avec nous au sein du comité. Nous avons Howard Chodos, du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie; Julie Cool, avec qui j'ai travaillé en liaison étroite relativement à l'Union interparlementaire, l'UIP, lorsque

meetings with us, so I got to know her. We also have Michael Toye with us; I have just met Michael today. He is with the Library of Parliament.

If you take a look at the scope of the tentative work plan they have proposed for us, as well as a large binder, which you will be presented with in a few minutes, you will get some idea of how competent a group we will have working with us through all of this.

The order of reference is the order of reference that we have presented to the Senate and for which we have approval. What we have done in this document is give you an overview of what we see at this stage as the major issues — beginning on page 2, Canada's diverse seniors — because I thought it was important that we not treat seniors as a monolithic group. They are as diverse as the rest of Canada's population.

The issues we have identified are as follows: demographic projections; federal, provincial and territorial responsibilities; active participation in society and economic life; financial security; paid and unpaid work for caregivers; retirement; coping with an aging health care workforce; lifelong learning; health promotion; chronic diseases; mental health, medication availability and use; falls and injuries; palliative and end of life care, which no one here will be surprised to see; abuse and neglect; housing; home care and home support services; long-term and nursing care; transportation; and international comparisons.

What we would like to do, if it meets with the approval of this committee, is to give a general okay — we say “finalize the work plan” on page 13. We would have hearings from November 27 to December 11, possibly also in February, if necessary, but that is not our plan at this point.

What I really would like to do, if there is agreement, would be to prepare a report for late-February. This is strategic on my part because I think we may be into an election campaign. What I want to do with that report is not make any recommendations; I want to ask a whole series of questions, which we then can get out to the public so we can get more input from them as to whether they think we are in the right direction and are looking at the right issues with respect to aging.

However, I am practical and I would like to also, if we will have a writ and we will have to go back to the Senate with a new reference, to be able to say this is why this study is as important, if not more important, than when it was originally approved as a reference by the Senate of Canada. If we can get that report done in that framework, we can do an effective job of presenting the issues — but, obviously, no answers. That will be the second phase of the study, in which we try to find answers to some of the difficult questions that we are going to ask.

le sénateur Fraser y dirigeait le groupe des femmes. Julie a assisté avec nous à toutes les réunions de l'UIP, ce qui m'a donné l'occasion de la connaître. Nous avons également parmi nous Michael Toye; je l'ai rencontré pour la première fois aujourd'hui. Il travaille à la Bibliothèque du Parlement.

Si vous jetez un coup d'œil sur l'ampleur du programme de travail qu'ils nous proposent, ainsi que sur le gros classeur qui vous sera présenté dans quelques minutes, cela vous donnera une idée de la compétence du groupe de personnes qui vont travailler avec nous.

L'ordre de renvoi est celui que nous avons présenté au Sénat et qui a été approuvé. Ce que nous avons fait dans ce document, c'est vous donner un aperçu des enjeux qui, en ce moment, nous semblent être les plus importants — à partir de la page 2, les divers groupes de personnes âgées du Canada —, car il me paraissait important que nous ne traitions pas les personnes âgées comme si elles formaient un groupe monolithique. Elles sont tout aussi diversifiées que le reste de la population du Canada.

Les enjeux que nous avons recensés sont les suivants : les projections démographiques; les responsabilités fédérales, provinciales et territoriales; la participation active à la vie sociale et économique; la sécurité financière; le travail rémunéré et non rémunéré des aidants; la retraite; le vieillissement de la population active dans le domaine de la santé; l'apprentissage continu; la promotion de la santé; les maladies chroniques; la santé mentale, de même que la disponibilité et l'utilisation des médicaments; les chutes et les blessures, les soins palliatifs et ceux dispensés en fin de vie, ce qui ne surprendra personne; les mauvais traitements et la négligence; le logement; les soins à domicile et les services de soutien à domicile; les soins infirmiers et à long terme; les transports; et enfin, les comparaisons internationales.

Ce que nous aimerions faire, si le comité est d'accord, c'est donner une approbation globale — nous disons « mettre la dernière main au plan de travail » à la page 13. Nous tiendrions des audiences du 27 novembre au 11 décembre, et peut-être aussi en février, au besoin, mais nous n'en avons pas l'intention pour le moment.

Ce que j'aimerais vraiment faire, s'il y a accord à ce sujet, ce serait de préparer un rapport pour la fin février. Le choix de cette date s'appuie sur un raisonnement stratégique de ma part, car je pense que nous pourrions être en campagne électorale à ce moment-là. Je ne veux pas faire de recommandations dans ce rapport; je veux plutôt poser toute une série de questions que nous pouvons soumettre à la population pour qu'elle nous dise si elle pense que nous sommes sur la bonne voie et si nous examinons les bonnes questions relativement au vieillissement.

Toutefois, je suis pragmatique. Si des élections sont déclenchées et si nous revenons au Sénat avec un nouveau mandat, j'aimerais pouvoir exposer les raisons pour lesquelles cette étude est aussi importante, sinon plus, que ce qui a été approuvé à l'origine comme mandat par le Sénat du Canada. Si nous arrivons à préparer un rapport dans ce cadre, nous pourrions présenter les enjeux de manière efficace mais, bien sûr, pas de réponses. Cela fera partie de la deuxième phase de l'étude, dans laquelle nous tenterons de trouver des réponses aux questions difficiles que nous allons poser.

Senator Cordy: I think that works extremely well. After we have sessions, it becomes more focussed and people know the areas we are looking at. I think if the people who are experts in the area know ahead of time about the kinds of things we are looking for, they are more willing to add on to it. It worked very well when we were doing our health report and had an issues and option paper.

The Chairman: Are there any other comments? Is there any other business that any senator would like to raise at this time?

Senator Cordy: I have one comment. I know we do not have people who will be appearing before our committees in place, but I want to ensure that we have representation from across the country. Obviously, I would like to hear people from Atlantic Canada, which is where I am from, but I make that generalization for the whole of Canada, so that we are not just talking with people from Ontario and Quebec.

The Chairman: No, absolutely.

Just to give you an example, we do have witnesses for next Monday. We had some preliminary conversations with the idea that if we were to have some witnesses next week, would people be available? We know right now that some will be available.

We will have Dr. Brian Spencer, Department of Economics at McMaster University; we have asked for Statistics Canada, but they have not yet confirmed; we do not have Dr. Susan McDaniel, Professor of Sociology, confirmed, but she hopes she will be able to make it. We also hope that the National Advisory Council on Aging will be able to make it, as well as the National Aboriginal Health Organization. That is where we are heading for our meeting next Monday.

My hope, honourable senators, is that we will be able to let you know no later than Wednesday whether we have final appearances by witnesses, so that you can make your plans accordingly when you are leaving on Thursday. You can make plans to be back here on Monday if we have a full slate of witnesses ready and able to appear before us on very short notice at that time.

Are there any other ideas? For your information, in terms of budgeting, there is always an emergency \$10,000 budget for every committee. We will immediately put in a request for that \$10,000 amount. I will come back to you at a future meeting with respect to a broader budget, but I anticipate that the budget for this fiscal year will be small. We probably cannot do it for the \$10,000, but I think we can do it with less than \$20,000 by the end of March. Then we can look toward a more fulsome budget for the next fiscal year.

The committee adjourned.

Le sénateur Cordy : Cette façon de faire me paraît excellente. Après que nous aurons tenu des séances, notre démarche sera plus ciblée et les gens connaîtront les domaines que nous examinons. Si les experts de ce domaine savent à l'avance ce que nous cherchons, ils seront davantage disposés à faire leur contribution. Cela a donné de très bons résultats lorsque nous avons fait notre rapport sur la santé et que nous avons préparé un document sur les questions à résoudre et les options.

La présidente : D'autres observations ou questions?

Le sénateur Cordy : J'ai une remarque à faire. Je sais que les gens ne vont pas comparaître devant nos comités en place, mais je tiens à m'assurer que nous ayons une représentation de tout le pays. Bien évidemment, j'aimerais entendre des gens des provinces de l'Atlantique, d'où je viens, mais mon observation s'applique de manière générale et à l'ensemble du Canada, de façon à ce que nous ne rencontrions pas seulement des gens de l'Ontario et du Québec.

La présidente : Non, absolument.

Juste pour vous donner un exemple, nous avons des témoins pour lundi prochain. Nous avons tenu des conversations préliminaires en nous demandant qui serait disponible la semaine prochaine. Nous pouvons maintenant compter sur la présence de certains témoins.

Nous aurons M. Brian Spencer, du Département d'économie de l'Université McMaster; nous avons demandé la présence d'un représentant de Statistique Canada, qui ne nous a pas encore donné de confirmation; Mme Susan McDaniel, professeure de sociologie, n'a pas confirmé sa présence, mais elle espère pouvoir comparaître. Nous espérons également que le Conseil consultatif national sur le troisième âge pourra être représenté, de même que l'Organisation nationale de la santé autochtone. Voilà comment les choses se présentent pour notre réunion de lundi prochain.

Honorables sénateurs, j'espère pouvoir être en mesure de vous dire, au plus tard mercredi, si nous avons la présence confirmée de témoins, afin que vous puissiez prendre vos dispositions en conséquence lorsque vous partirez jeudi. Vous pourrez être de retour ici lundi si nous avons une liste complète de témoins en mesure de comparaître devant nous avec un préavis très court.

Y a-t-il d'autres idées? Pour votre information, en ce qui concerne l'aspect financier des choses, sachez qu'il y a toujours un budget d'urgence de 10 000 \$ pour chaque comité. Nous allons immédiatement soumettre une requête pour obtenir ce montant. Je vous reparlerai à une réunion ultérieure d'un budget plus important, mais je m'attends à ce que les fonds alloués pour l'année financière soient modestes. Nous ne pourrions probablement pas mener notre recherche à bien avec 10 000 \$, mais je pense que nous y arriverons avec moins de 20 000 \$ d'ici la fin mars. Nous pourrions alors nous attendre à un budget mieux doté pour le prochain exercice financier.

La séance est levée.

OTTAWA, Monday, November 27, 2006

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:33 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee will examine the implications of an aging society in Canada.

We have organized a series of panels to help us gain an overview of the key issues confronting Canadians with regard to an aging population. These initial meetings have been organized around two central issues: to determine the priorities related to Canada's aging population and to help the government respond to the challenge of an aging society.

To help the committee better understand these issues, we have with us today Pamela White from Statistics Canada. She is accompanied by Laurent Martel. They will provide us with a statistical profile of Canada's demographics. We also have with us Dr. Byron Spencer from McMaster University. Dr. Spencer's work is on the macro-social and macroeconomic impact of an aging population. He directed a major research program on the social and economic dimensions of an aging population.

I welcome all of you to the Senate of Canada and to our committee. We will begin with Ms. White, and then we will move on to Mr. Spencer.

Pamela White, Director, Demography Division, Statistics Canada: Thank you for inviting Statistics Canada to appear before you today. My presentation will focus on the demographic challenges that confront Canada in the 21st century, in particular that of the aging of the population.

Between 1996 and 2006, Canada's rate of population growth slowed. Nonetheless, it remains significantly higher than Japan or Western Europe. Natural growth rate has long been considered the principle contributing factor to population growth. Since the early 1990s, this has not been the case for Canada. International migration is now the main source of population increase. Since 2000, over two thirds of population growth has been due to international migration.

Looking forward into the 21st century, Canada's rate of natural increase is projected to become negative between 2025 and 2030, if the country's level of fertility remains at its current low level of 1.5 children per woman. A level of 2.1 children is required to ensure population replacement, a level that has not been experienced in Canada since 1971. While the fertility rate of Aboriginal Canadians is considerably higher compared to non-

OTTAWA, le lundi 27 novembre 2006

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 33 pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, je vous souhaite la bienvenue à cette séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Notre comité examinera les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Nous avons organisé une série de réunions d'experts en vue d'acquiescer une vue d'ensemble des principaux enjeux liés au vieillissement de la population au Canada. Ces rencontres initiales ont été organisées autour de deux grandes questions : déterminer les priorités liées au vieillissement de la population au Canada et aider le gouvernement à relever le défi d'une société vieillissante.

Pour aider le comité à mieux cerner ces questions, nous accueillons aujourd'hui Mme Pamela White, de Statistique Canada. Elle est accompagnée de M. Laurent Martel. Ensemble, ils nous fourniront un profil statistique de la situation démographique du Canada. Nous avons aussi avec nous M. Byron Spencer, de l'Université McMaster, dont les travaux portent sur l'incidence macro-sociale et macro-économique du vieillissement de la population. M. Spencer a dirigé un important programme de recherche sur les dimensions sociales et économiques d'une population vieillissante.

Je vous souhaite à tous la bienvenue au Sénat du Canada et à notre comité. Nous allons commencer par Mme White, suivie de M. Spencer.

Pamela White, directrice, Division de la démographie, Statistique Canada : Je vous remercie de nous avoir invités à comparaître devant vous. Ma courte allocution portera sur les enjeux démographiques auxquels le Canada est confronté en ce début de XXI^e siècle, plus particulièrement en ce qui a trait au vieillissement de la population.

Entre 1996 et 2006, le taux d'accroissement de la population canadienne a ralenti. Toutefois, son rythme de croissance demeure nettement supérieur à celui des populations de l'Europe de l'Ouest ou du Japon. L'accroissement naturel a longtemps été considéré le principal contributeur de la croissance démographique. Depuis le début des années 90, ce n'est plus le cas au Canada. La migration internationale est devenue la principale source de croissance. Depuis 2000, plus des deux tiers de la croissance de la population provient de la migration internationale.

Plus tard au cours du XXI^e siècle, l'accroissement naturel pourrait du reste devenir négatif entre 2025 et 2030 si la fécondité se maintient au faible niveau actuel, soit environ 1,5 enfant par femme. Un indice de 2,1 est requis afin de remplacer les générations; le Canada affiche une fécondité sous ce seuil depuis 1971. Bien que la fécondité des Autochtones demeure nettement plus élevée que celle des autres Canadiennes, la population

Aboriginals, they account for only 3 per cent of the total population and contribute about 7 per cent of the overall natural demographic population increase.

The increasing importance of immigration to Canada's population growth is a significant factor that will have a major impact on the country's demographic composition, due to the characteristics and behaviours of the immigrant population. Increasingly, immigrants come from Asia and the Middle East and tend to settle in three large metropolitan areas: Toronto, Vancouver and Montreal, effecting rapid change in the ethnocultural composition of these cities. It is projected that by 2017, one Canadian in five will be a visible minority and that visible minorities will comprise over 50 per cent of the population of Toronto and Vancouver.

Aging of the population is mainly a result of declining fertility, but it is also due to a drop in mortality, as Canadians on average are living longer. While immigration contributes to population growth, its impact on aging is marginal. An increasing number of Canadians are reaching age 65 and once this age is attained, they live longer. This is considerable progress. The life expectancy of Canadian men is 77.4 years; for women, it is 82.3. These figures are among the highest in the world, behind only Japan and a few western and northern European countries.

Canadians are not only living longer but they also are living longer in good health. However, as their number of years of good health has increased at the same pace as their life expectancy, the burden that ill health represents over the life cycle has remained about the same over the past 10 years.

In 2002, more than 1.7 million adults aged 45 to 64 provided informal care to almost 2.3 million seniors with long-term disabilities or physical limitations. Roughly equal numbers of men and women aged 45 to 65 are involved in informal caregiving. Women are more likely to be high intensity caregivers, while men work longer hours at paid employment. Yet most of these caregivers are also in the labour force, with 70 per cent being employed. Just under half of these employed caregivers were women. One third of male caregivers spent one hour or less per week providing care compared with less than a quarter of women. Women are more likely to spend four or more hours per week.

As the baby boom generation reaches the traditional age of retirement and the potential for labour shortages increases, pressure to keep older workers in the labour force may mount. In addition, boomers are better educated and many may wish to continue working. However, they may also face conflicting demands on their time as older relatives and friends require care.

autochtone représente seulement 3 p. 100 de la population canadienne et contribue à 7 p. 100 environ de la croissance démographique naturelle nationale.

L'importance accrue de l'immigration dans l'accroissement démographique est une tendance lourde qui aura des effets importants sur la structure de la population en raison des caractéristiques et des comportements des immigrants. Ceux-ci proviennent de plus en plus de l'Asie et du Moyen-Orient et ils ont tendance à s'établir dans les trois plus grandes régions métropolitaines, notamment Toronto, Vancouver et Montréal, ce qui entraîne une modification rapide de la composition ethnoculturelle de leur population. Selon les projections démographiques, d'ici 2017, un Canadien sur cinq pourrait appartenir à une minorité visible, la proportion atteignant 50 p. 100 à Toronto et à Vancouver.

Le vieillissement de la population résulte de la faible fécondité et, dans une moindre mesure, de la réduction de la mortalité alors que les Canadiens vivent plus vieux en moyenne. Alors que l'immigration contribue à l'accroissement de la population, son effet sur le vieillissement démographique est marginal. De plus en plus de personnes parviennent à 65 ans, et une fois cet âge atteint, les gens vivent plus longtemps que jamais, ce qui est un immense progrès. L'espérance de vie des Canadiens atteint 77,4 ans et celle des Canadiennes 82,3 ans et se situe parmi les plus élevées au monde. Seuls le Japon et quelques pays d'Europe de l'Ouest et du Nord présentent des espérances de vie plus élevées.

Les Canadiens vivent non seulement plus longtemps, mais ils vivent également plus longtemps en bonne santé. Mais comme ces années de vie en bonne santé se sont accrues au même rythme que leur espérance de vie, le fardeau sur l'ensemble de leur cycle de vie que représentent les années de vie passées en mauvaise santé est demeuré à peu près le même au cours de la dernière décennie.

En 2002, plus de 1,7 million d'adultes de 45 à 64 ans ont fourni des soins informels à près de 2,3 millions de personnes âgées ayant une incapacité ou des limitations physiques chroniques. Un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes de 45 à 64 ans offrent des soins informels à des personnes âgées. Les femmes sont plus susceptibles d'offrir des soins d'intensité élevée, tandis que les hommes font plus d'heures de travail rémunéré. La plupart de ces fournisseurs de soins travaillaient. En effet, 70 p. 100 occupaient un emploi et un peu moins de la moitié de ces soignants étaient des femmes. Un tiers des hommes fournisseurs de soins ont consacré une heure ou moins par semaine à cette tâche, contre presque un quart des femmes. Les femmes y consacraient généralement quatre heures ou plus.

À mesure que la génération du baby-boom atteindra l'âge traditionnel de la retraite et que la possibilité d'une pénurie de main-d'oeuvre augmentera, la pression s'accroîtra pour retenir les travailleurs plus âgés dans la population active. En outre, cette génération est plus scolarisée et de nombreuses personnes qui en font partie souhaiteraient travailler plus longtemps. Toutefois, ces dernières pourraient aussi faire face à des contraintes de temps à mesure que leurs parents et amis plus âgés auront besoin de soins.

The proportion of persons age 65 or over was 8 per cent in 1971. It is 13 per cent today. When the first cohort of baby boomers reaches the age of 65 or over in 2011, another significant change will occur as the proportion of elderly among the total Canadian population will begin to increase more rapidly.

It is projected that by 2031, about one in four Canadians will be 65 years of age or over.

Canada's population is aging fast. Regardless of the projection scenario, by 2015 seniors aged 65 or over will become more numerous than children aged less than 15. This situation would be unprecedented in Canada.

The proportion of oldest seniors, those 80 years or over, would also increase sharply. By 2056, an estimated 1 out of 10 Canadians will be 80 years or over, compared with about 1 in 30 today.

Other countries already have a high proportion of elderly. In 2001, 16 per cent of the population of the U.K. and France was 65 years or older, a proportion that Canada will not reach until 2015. Equally, 18 per cent of the population of Japan and Italy in 2001 was age 60 or over, a proportion that Canada is not expected to attain until 2020.

The retirement of the baby boom generation is expected to have important consequences for Canadian society, including the labour market. The exact nature of these changes is difficult to foresee as there are important differences between the workers of today and those of tomorrow, who will have, on average, higher levels of education and labour force participation, particularly for women. In demographic terms, the working age population, that is the population aged 15 to 64, will decline steadily in the 2010s and 2020s. Currently, the working age population represents 70 per cent of the total population. By the beginning of the 2030s, it will decline to 62 per cent and then level off at about 60 per cent.

These trends are at the national level. However, aging of the population does not occur evenly across Canada. In 2006, the median age of Canadians was 38.8 years. With few exceptions, the older population in Canada is found east of Ontario, with the population resident west of Quebec and in the territories being younger. While differences are generated mainly by different fertility levels, migration also plays a role.

In the Atlantic region, outmigration of young adults is accelerating an aging process already fuelled by a persistent lower fertility. In 2006, all four Atlantic provinces had a population older than the national median. Except for Prince Edward Island, their median age was over 40 years.

Quebec, with a median age of 40.4 years, was the only province outside the Atlantic region to post a median age higher than 40. This median age was mainly due to a fertility that has been

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est passée de 8 p. 100 en 1971 à 13 p. 100 aujourd'hui. Lorsque les premiers baby-boomers atteindront le groupe d'âge des 65 ans et plus, en 2011, on assistera alors, autre tendance lourde, à une augmentation rapide de la proportion de personnes âgées au sein de la population canadienne.

Selon les projections, en 2031, près d'un Canadien sur quatre aura 65 ans ou plus.

La population du Canada vieillit rapidement. Indépendamment des scénarios de croissance, les personnes âgées de 65 ans ou plus deviendraient plus nombreuses que les enfants âgés de moins de 15 ans autour de l'année 2015. Il s'agirait d'une première dans l'histoire de la population du Canada.

En outre, la proportion d'ainés plus âgés, c'est-à-dire de personnes de 80 ans ou plus, augmenterait fortement. En 2056, environ un Canadien sur dix serait âgé de 80 ans ou plus, comparativement à environ un sur 30 aujourd'hui.

D'autres pays comptent présentement une forte proportion de personnes âgées au sein de leur population. En 2001, le Royaume-Uni et la France comptaient 16 p. 100 de personnes âgées, une proportion que le Canada n'atteindra qu'en 2015; le Japon et l'Italie avaient 18 p. 100 de personnes âgées, une proportion que le Canada atteindra en 2020.

Le départ à la retraite imminent des baby-boomers devrait avoir des conséquences importantes sur la société canadienne, entre autres sur le marché de l'emploi au Canada. La nature exacte de ces effets est difficile à prévoir, car il y a des différences importantes entre les caractéristiques des travailleurs âgés d'aujourd'hui et ceux de demain — qui auront, en moyenne, une scolarité supérieure et un taux d'activité antérieur plus élevé, particulièrement chez les femmes. En termes démographiques, la proportion de la population en âge de travailler, c'est-à-dire de la population âgée de 15 à 64 ans, diminuerait de façon constante pendant les décennies 2010 et 2020. Actuellement, la population en âge de travailler constitue 70 p. 100 de la population totale. Au début des années 2030, elle passerait à 62 p. 100, puis se stabiliserait à environ 60 p. 100.

Les tendances présentées ci-haut sont au niveau national. Or le vieillissement de la population n'est pas homogène à travers le Canada. En 2006, l'âge médian des Canadiens est de 38,8 ans. Sauf quelques exceptions, les populations plus âgées au Canada se trouvent à l'est de l'Ontario, tandis que les populations vivant à l'ouest du Québec et dans les territoires sont plus jeunes. Même si les différences découlent essentiellement des différents niveaux de fécondité, les migrations jouent aussi un rôle.

Dans la région de l'Atlantique, le départ des jeunes adultes accélère le vieillissement, déjà plus important en raison d'une fécondité plus faible. En 2006, l'âge médian de chacune des quatre provinces de l'Atlantique était plus élevé que celui du pays. À l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, l'âge médian y est partout supérieur à 40 ans.

Le Québec, avec un âge médian de 40,4 ans, est la seule province en dehors de la région Atlantique qui affiche un âge médian supérieur à 40 ans. Ce fait est attribuable à une fécondité

steadily lower than the rest of the country over the first 25 years following the baby boom. However, the recent increase in fertility, if maintained, could slow the province's aging process.

Ontario has a median age of 38.2 years, which is close to the national average. On the other hand, Manitoba and Saskatchewan have relatively younger populations as their median ages are 37.3 and 37.7 years respectively. A strong Aboriginal presence has helped both provinces maintain higher fertility rates. This has offset important losses of young people due to interprovincial migration, and at the same time slowing the aging process.

Due to a persistent higher fertility and the steady, strong inflow of young Canadians from other parts of the country, Alberta had the youngest population among provinces, with a median age of 35.5 years. Between 2001 and 2006, Alberta's median age went up by only 0.8 years, the smallest increase among the provinces.

In British Columbia, the median age was 39.8 years, making it the only Western province with a median age above the national level. This was the result of decades of lower fertility that offset the effect of strong migratory inflows.

The population was also younger in the three territories. The lowest median ages in the country were in Nunavut, 23.2 years, and in the Northwest Territories, 30.9 years, caused by their fertility rates, which are Canada's highest.

The Yukon, with a median age of 38 years, just below the national level, was an exception in the North. This is because it has fertility rates lower than the other two territories.

Overall, the median age of those living in Canada's metropolitan centres is lower, 37.7 years, compared to those living elsewhere, 40.7 years. The exceptions to this trend are Trois-Rivières, Saguenay and Victoria, where the median age ranges between 42 and 43 years. Close behind are St. Catharines-Niagara and Québec, where the median age is 41.3 years and 40.8 years respectively.

In summary, since 2000, immigration accounts for two thirds of total population growth and will eventually account for all growth if fertility remains low. While immigration mitigates slower natural population growth, it has little impact on population aging.

Currently, seniors make up 13 per cent of the population. As baby boomers join the ranks of the age 65-plus population in 2011, there will be a rapid increase in the proportion of seniors in the Canadian population. By 2031, close to one in four will be over age 65. The old and the very old will become the fastest growing age groups.

constamment inférieure à celle observée ailleurs au pays au cours des 25 premières années qui ont suivi le baby-boom. Toutefois, la récente hausse de la fécondité, si elle se maintient, pourrait ralentir le vieillissement de la province.

L'Ontario a un âge médian de 38,2, ce qui se rapproche de la moyenne nationale. D'un autre côté, le Manitoba et la Saskatchewan ont des populations relativement jeunes avec des âges médians de 37,3 et 37,7 respectivement. La forte présence autochtone a contribué à maintenir des taux de fécondité plus élevés dans ces deux provinces. Ces taux élevés ont compensé les importantes pertes de jeunes gens attribuables à la migration interprovinciale et, en même temps, ont ralenti le vieillissement de leur population.

En raison d'une fécondité constamment supérieure et des fortes entrées de jeunes Canadiens venus d'autres régions du pays, l'Alberta a la population la plus jeune parmi les provinces, enregistrant un âge médian de 35,5 ans. Entre 2001 et 2006, l'âge médian de l'Alberta a crû de 0,8 an seulement, soit l'augmentation la plus faible parmi les provinces.

La Colombie-Britannique a affiché un âge médian de 39,8 ans, ce qui en fait la seule province de l'Ouest qui présente un âge médian supérieur à celui observé à l'échelle nationale. Cet âge médian élevé est le résultat de décennies de fécondité inférieure ayant effacé l'effet des importantes entrées migratoires.

La population des trois territoires est aussi plus jeune. En raison de leur fécondité, qui est la plus élevée au Canada, les âges médians les moins élevés du pays ont été enregistrés au Nunavut (23,2 ans) et dans les Territoires du Nord-Ouest (30,9 ans).

Le Yukon fait exception dans le Nord, enregistrant un âge médian de 38 ans, qui se situe tout juste au-dessous de celui observé à l'échelle nationale. Cette situation est attribuable à une fécondité inférieure à celle des deux autres territoires.

De façon générale, l'âge médian de la population habitant dans des régions métropolitaines est plus basse (37,7 ans) que celle habitant ailleurs (40,7 ans). On constate une exception à cette tendance à Trois-Rivières, Saguenay et Victoria où l'âge médian s'échelonne entre 42 et 43 ans. Viennent ensuite St-Catharines-Niagara et Québec, où l'âge médian s'établit à 41,3 et 40,8 ans respectivement.

En résumé, depuis 2000, les deux tiers de la croissance démographique sont attribuables à la migration internationale, composante qui deviendra éventuellement le seul facteur de croissance si la fécondité reste faible. Bien que l'immigration compense le faible accroissement naturel, elle a peu d'effet sur le vieillissement de la population.

La proportion de personnes âgées constitue 13 p. 100 de la population aujourd'hui. Lorsque les premiers baby-boomers atteindront le groupe d'âge de 65 ans et plus, en 2011, on assistera à une augmentation rapide de la proportion de personnes âgées au sein de la population canadienne. En 2031, près d'un Canadien sur quatre aura plus de 65 ans. Les personnes âgées et très âgées connaîtront la plus forte croissance de population.

In 2002, over one million employed people aged 45 to 64 provided informal care to seniors with long-term conditions and disabilities. Two thirds of women and nearly half of men who combined more than 40 hours of employment with four or more hours of caregiving per week experienced substantial job-related consequences such as reduction in hours, reduction in income or change in work patterns. However, caregiver burden seems to be associated more strongly with the intensity of caregiving than with the intensity of employment.

Atlantic Canada and Quebec will experience a more rapid aging of the population compared with Ontario, the Western provinces and the territories. While most large urban centres have a younger population, there are exceptions, such as Trois-Rivières, Saguenay, Victoria, St. Catharines-Niagara and Quebec.

Thank you for your interest in this topic and I would be pleased to answer any questions on the demographic issues that I have presented today.

Byron Spencer, Professor, Economics, McMaster University, as an individual: I am pleased to be here today and to have an opportunity to speak to you. I was told that I would have seven minutes, and in my seven minutes I thought I would try to give you seven messages.

The title I have given to these remarks is "On the Challenge of Population Aging: A Canadian Perspective. I emphasize the Canadian perspective because the message would be different if I were speaking in certain other countries, as will be clear as we move along.

The first point I would make, and the message I would leave with you, is that, complementary to what was just said, population aging is inevitable. Contrary to popular views, it is not reversible. It cannot be reversed; population aging is inevitable.

Let me demonstrate that in the following way. Here is a projection of what the population is likely to do under standard projection that we have made close to the standard projection of Statistics Canada. You can see the population continuing to grow but increasingly slowly.

However, the other side shows what will happen to the proportion in old age, defined as 65 and older. I am cautious about defining 65 and older as old age but nonetheless it is a standard definition. If we start from the current situation in 2006, we see that the proportion that was just mentioned is about 13 per cent and that proportion will almost double under this projection in the next three decades or so. Substantial aging of the population is defined in that way.

What could offset that? The obvious answer usually is immigration. Even if we doubled immigration — and here is the same projection but immigration doubled instead of maintained at its current level — there is a big impact on the size of the population. Notice, however, what happens to the proportion 65

En 2002, plus d'un million de travailleurs de 45 à 64 ans ont prodigué des soins informels à des personnes âgées souffrant de maladies ou d'incapacités chroniques. Les deux tiers des femmes et près de la moitié des hommes combinant plus de 40 heures d'emploi et au moins quatre heures de soins par semaine ont subi des conséquences importantes, à savoir une baisse des heures de travail ou de revenu, ou une modification de l'horaire de travail. Toutefois, le fardeau des dispensateurs de soins semble tenir moins à l'intensité des soins prodigués qu'à l'intensité du travail.

Les provinces atlantiques et le Québec connaîtront un vieillissement de leur population plus rapide que les provinces de l'ouest du pays et des territoires. Même si la plupart des agglomérations urbaines ont une population jeune, il y a des exceptions : Trois-Rivières, Saguenay, Victoria, St-Catharines-Niagara et Québec.

Je vous remercie de votre attention. Je répondrai volontiers aux questions que vous pourriez avoir sur les enjeux démographiques que je vous ai présentés aujourd'hui.

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster, à titre personnel : Je suis heureux d'être ici aujourd'hui et d'avoir l'occasion de prendre la parole devant vous. Comme on m'a prévenu que je disposerais de sept minutes, j'ai pensé tenter de vous communiquer sept messages pendant ce laps de temps.

J'ai intitulé mon exposé « Le défi du vieillissement de la population : Une perspective canadienne ». Je souligne qu'il s'agit d'une perspective canadienne car mon message serait différent si je prenais la parole dans certains autres pays. D'ailleurs, cela vous apparaîtra clairement à mesure que nous avancerons.

Mon premier point, et le message que je veux vous laisser en complément de ce qui vient d'être dit, c'est que le vieillissement de la population est inévitable. Contrairement aux idées reçues, ce phénomène est irréversible. La tendance ne peut être renversée : le vieillissement de la population est inévitable.

Permettez-moi de vous le démontrer de la façon suivante. Voici un graphique de l'évolution probable de la population selon une projection type établie en regard avec une projection type de Statistique Canada. Comme vous pouvez le constater, la population continue de croître, mais de plus en plus lentement.

Toutefois, l'autre graphique montre l'évolution de la proportion de personnes âgées, que l'on définit comme les 65 ans et plus. J'ai des réserves pour ce qui est de définir comme personnes âgées les 65 ans et plus; néanmoins, c'est une définition normalisée. Partant de la situation actuelle, on constate que la proportion susmentionnée s'élève à 13 p. 100 environ en 2006; selon cette projection, elle devrait pratiquement doubler d'ici une trentaine d'années. Un vieillissement substantiel de la population se dessine.

Qu'est-ce qui pourrait contrebalancer cette tendance lourde? En général, la réponse qu'on nous sert immédiatement est la suivante : l'immigration. Même en doublant le taux d'immigration — et vous pouvez voir ici la même projection, sauf que le taux d'immigration a été doublé au lieu d'être

and older. It still increases up to about 22 per cent of total instead of 24 per cent or 25 per cent. The story is, that it is still a big increase in the per cent of old.

The other possible answer is that we could go back to a situation of much higher fertility. Higher fertility, which is this blue dash line here, represents about a 50-per- cent increase in fertility — from where it is now at about 1.5 up to the replacement rate of about 2.1. With that, the per cent aged 65 and older would decrease somewhat, but the big story is still substantial aging. Population aging from that perspective is inevitable.

Another way of ameliorating the extent of population aging is to redefine what we mean by "old." That suggestion probably has a lot of appeal — and not just in this room, I would hope. I will tell you why I think that is important. The per cent for "old" would increase to about 20 per cent, other things being equal, if the definition of "old" were to increase in keeping with projected increases in life expectancy.

To redefine old in that way is a reasonable thing to do. The U.S., as you are probably aware, has redefined the age of eligibility for full benefits under its social security system to increase up to age 67 over a period of some years. That change is under way; it is happening bit by bit. As it does, in effect, they are redefining "old." In Sweden, the age of eligibility for socially provided pension benefits is also indexed to increases in longevity, so it is increasing. In this sense, Sweden is redefining what is meant by old.

My first point was that population aging is inevitable. I hope I have persuaded you of that. The second point is that in consequence of population aging, the rates of population growth and labour force growth will both decline, and they will decline a lot. This point was already mentioned but let me show you here.

If we go back to the 1950s, when the baby boom was in process — members of the baby boom were very young — the rate of growth since then has been basically falling. It continues to fall to recent numbers, and the projection is that the rate of growth will continue to fall. The rate of growth remains positive in the projection here, but it continues to fall. As has already been mentioned, much of that growth is attributable to immigration. If immigration were to stop, the population growth would soon cease.

Labour force growth goes to zero much sooner than population growth. That is a result of the age distribution of the population. However, again, 20 years later than the peak in population growth, we see the peak in labour force growth and a rapid reduction in that rate of population growth. If immigration

maintenu à son niveau actuel —, l'effet sur la structure démographique est très prononcé. Voyez toutefois ce qui se produit pour la proportion de 65 ans et plus. Elle continue de croître jusqu'à 22 p. 100 environ du total, au lieu de 24 ou 25 p. 100. En somme, il y a quand même une hausse marquée de la proportion de personnes âgées.

L'autre option possible est de retrouver une fécondité élevée. La ligne pointillée bleue représente une hausse d'environ 50 p. 100 du taux de fécondité. Autrement dit, on passerait du taux actuel, environ 1,5, au taux de remplacement, environ 2,1. Selon ce scénario, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus diminuerait quelque peu, mais dans l'ensemble, un vieillissement substantiel persiste. Dans cette perspective, le vieillissement de la population est inévitable.

Une autre façon d'atténuer l'ampleur de ce phénomène consiste à redéfinir ce que l'on entend par « personne âgée ». Cette suggestion est vraisemblablement très attrayante — et pas seulement dans cette salle, j'espère. Je vais vous dire pourquoi je pense que c'est important. Le pourcentage de « personnes âgées » grimperait à 20 p. 100 environ, tous les autres facteurs étant égaux, si la définition de « personne âgée » visait des personnes plus avancées en âge, en concordance avec l'augmentation projetée de l'espérance de vie.

Il serait logique de redéfinir de cette façon la notion de « personne âgée ». Comme vous le savez sans doute, les États-Unis ont décidé de hausser graduellement à 67 ans l'âge de l'admissibilité aux prestations intégrales de leur système de sécurité sociale. Ce changement est en train de se faire petit à petit. En agissant de la sorte, les États-Unis se trouvent concrètement à redéfinir ce qu'est une « personne âgée ». En Suède, l'âge de l'admissibilité aux prestations de retraite fournies par l'État est aussi indexé à l'augmentation de la longévité. Il est donc est en hausse. En ce sens, la Suède redéfinit la notion de « personne âgée ».

Mon premier point était que le vieillissement de la population est inévitable. J'espère vous en avoir convaincus. Mon deuxième point est le suivant : en raison du vieillissement de la population, les taux d'accroissement de la population et de la main-d'oeuvre vont tous deux diminuer, et de beaucoup. Cela a déjà été mentionné, mais permettez-moi de vous le démontrer.

Depuis les années 1950, à l'époque du baby-boom — les membres de la génération du baby-boom étaient très jeunes —, la croissance démographique n'a cessé de décliner. Elle a poursuivi son déclin jusqu'à aujourd'hui, et selon la projection, cette tendance se poursuivra. Le taux d'accroissement demeure positif dans cette projection, mais il continue néanmoins de chuter. Comme on l'a déjà mentionné, cet accroissement est en grande partie attribuable à l'immigration. Advenant que l'immigration se tarisse, la croissance démographique ne tarderait pas à s'arrêter.

La croissance de la main-d'oeuvre tombe à zéro beaucoup plus rapidement que la croissance de la population, ce qui s'explique par la répartition par âge. Toutefois, encore une fois, 20 ans après que l'accroissement de la population ait culminé, on observe un sommet de la croissance de la main-d'oeuvre et une réduction

were to end more or less now, labour force growth would cease more or less now. The rate of labour force growth is that closely aligned to the rate of immigration.

The next diagram emphasizes how important our comparative situation in Canada is, relative to other places. The diagram was assembled by the Office of the Chief Actuary. As compared to the year 2000, we see Canada's working-age population — defined here as ages 20 to 64, the blue line — grows slightly. The line is basically flat after about 2020, as compared to the U.S., which continues to grow, although at a slow rate. The reason is that the U.S. has noticeably higher fertility than Canada, and that leads to a somewhat higher rate of growth of the working age population.

However, as compared to Canada, you will notice that most other countries in the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD — the exception being the U.S — have declines in the working-age population as we look ahead. The declines are projected declines — and substantial declines if we consider Italy, Spain or Japan. In the case of Italy, the projection is it will be down to about 45 per cent of the current working-age population by mid-century. In France, it is down to about 90 per cent of its working-age population, Japan is down to about 50 per cent of its working-age population and so on. These huge declines are projected; and barring a major reversal of fertility, they will happen. There is no other outcome that will occur. By international standards, and that is why I said the Canadian perspective matters, Canada has a much lesser concern with population aging than most already prosperous countries.

The projected decline in the rate of growth of the population and the labour force gives rise to concerns about standards of living in the future. My answer to those concerns is, contrary to widely held, popular views — not so much informed views — that it is unlikely to be a big concern. The slower population growth is not likely to lead to a reduction in the standard of living.

My fourth point tries to explain why that would be. The answer is that our standard of living in the future depends importantly, even predominantly, on the rate of productivity growth. To the extent that we can have positive impact on the rate of productivity growth, through all sorts of things that are mostly unrelated to population aging, we can ensure rising standards of living in the future rather than be concerned with lower standards of living in the future.

My fifth point is that government programs will remain manageable, at least in response to population aging. This, again, is not the popular view. The popular view is that increases in health care costs, which everybody thinks are obviously attributable to population aging, will break the bank — in particular, break government budgets — and things will be

rapide du taux d'accroissement de la population. Si l'immigration devait se tarir à brève échéance, la croissance de la main-d'oeuvre s'interromprait aussi à brève échéance. Le taux d'accroissement de la main-d'oeuvre suit d'ailleurs aussi près que cela le taux d'immigration.

Le prochain graphique, réalisé par le Bureau de l'actuaire en chef, dresse un portrait des plus intéressants de la situation du Canada par rapport à celle d'autres pays. Si l'on fait une comparaison avec l'an 2000, on constate que la population active du Canada — qui englobe en l'occurrence les 20 à 64 ans, la ligne bleue — accuse une légère hausse. La ligne est essentiellement plate après 2020 environ, en comparaison avec celle des États-Unis. Cette dernière continue d'augmenter, mais à un rythme plus lent. L'explication, c'est que les États-Unis affichent une fécondité beaucoup plus élevée que le Canada, ce qui se traduit par un taux d'accroissement de la population active passablement plus élevé.

Toutefois, comparativement au Canada, vous remarquerez que la plupart des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) — à l'exception des États-Unis — connaîtront à l'avenir une baisse de leur population active. Les déclin en question sont des projections, et ils seront marqués en Italie, en Espagne et au Japon. On croit que le taux de l'Italie chutera au point d'atteindre 45 p. 100 environ de la population active actuelle d'ici le milieu du siècle. En France et au Japon, on arrive à 90 p. 100 environ de la population active et au Japon, à 50 p. 100. Ces déclin substantiels sont le résultat de projections, et à moins d'un renversement spectaculaire au niveau de la fécondité, ils se produiront. On ne verra aucun autre résultat. Selon les normes internationales — c'est pourquoi j'ai souligné l'importance de la perspective canadienne —, le Canada a beaucoup moins de raisons de se préoccuper du vieillissement de la population que la plupart des pays déjà prospères.

Le déclin projeté des taux d'accroissement de la population et de la main-d'oeuvre fait craindre une baisse du niveau de vie à l'avenir. À ceux que cela inquiète, je réponds que, contrairement à l'opinion répandue dans la population, mais pas tellement dans les milieux informés — il n'y a pas vraiment lieu de s'inquiéter. Le ralentissement de la croissance de la population ne se traduira vraisemblablement pas par une diminution du niveau de vie.

Je vais tenter de vous expliquer pourquoi il en sera ainsi. Ce sera mon quatrième point. Notre niveau de vie futur dépend énormément, voire essentiellement, de la croissance de la productivité. Dans la mesure où nous pouvons exercer une influence positive sur l'accroissement du taux de productivité, notamment en faisant intervenir de multiples facteurs qui, pour la plupart, n'ont rien à voir avec le vieillissement de la population, nous pouvons compter que notre niveau de vie accusera une hausse à l'avenir. Dans ce cas, nul besoin de s'inquiéter d'une baisse éventuelle.

Mon cinquième point est le suivant. Les programmes gouvernementaux demeureront gérables, du moins en réaction au vieillissement de la population. Encore là, ce n'est pas une opinion répandue. La plupart des gens pensent que l'augmentation des coûts des soins de santé, qu'ils attribuent de toute évidence au vieillissement de la population, feront sauter la

unmanageable. I think this view simply is not true. It is not true of public pension programs and income security programs, and it is not true of health care programs. There are concerns about private programs as they relate to pensions, and I will come back to those concerns briefly at the end, but the sustainability of government programs is not really in doubt.

Let me try to illustrate why I say that is so important here. A recent study has estimated that in the last three decades, health care expenditures in OECD countries have grown collectively at twice the rate of GDP. Obviously, that situation is unsustainable. They cannot grow at the rate of twice GDP for too long without absorbing more than all of GDP; and we cannot spend everything on health care, as much as we might be tempted.

In the same study, it is further estimated that if you isolate the component of those increases in health care expenditures that are attributable to the aging of the population, the increase is 11 per cent. The rest, 89 per cent, is attributable to other factors, in particular to increasing the amount that is spent on people in each age-sex group. That is not the result of aging; it is the result of spending more — increasing the benefit levels in the case of health care or increasing benefit levels in another sense in the case of pensions and so on. If you isolate only the effects of population aging, the increase in expenditures implied for government programs is entirely sustainable.

I was quoting a recent and important OECD study. However, I want to emphasize that the result is entirely consistent with our own findings, and the findings of many others for Canada as they relate to the health care system and to other things.

Some problems should concern us, though, problems associated with population aging. One of these problems has already been identified, and that is the uneven rates of population aging across the country.

The chart on population growth plots the projected rate of population growth over the first half of this century. It is organized from the East Coast to the West Coast. East of Quebec, the population growth is projected to be negative. In the case of Newfoundland and Labrador, it is projected to decrease by about 30 per cent if current trends continue over this half century. For Quebec, there is a projected increase. Looking west, all provinces are projected to increase, in Ontario by 50 per cent. I do not mean this as a forecast, but it is a projection of what would happen with current trends if they were to continue. The overall picture here is reduced rates of growth of the population and, similarly, of the labour force.

We can see that the labour force of Newfoundland will decrease by well over 40 per cent and that at the same time the labour force of Ontario will increase by about 40 per cent. The unevenness across the country is a matter of considerable

banque — en particulier, les budgets des gouvernements — ce qui rendra les choses ingérables. À mon avis, c'est tout simplement faux. C'est faux en ce qui concerne le régime de pension de l'État, les programmes de la sécurité du revenu et des soins de santé. On s'inquiète au sujet des régimes de retraite privés, et j'y reviendrai brièvement à la fin de mon exposé, mais la viabilité des programmes gouvernementaux ne fait aucun doute.

Permettez-moi d'illustrer, à l'aide d'un exemple, pourquoi cela revêt autant d'importance à mes yeux. D'après une étude récente, les coûts des soins de santé des pays de l'OCDE auraient augmenté deux fois plus rapidement que le PIB au cours des trois dernières décennies. De toute évidence, cette situation est intenable. Ces coûts ne peuvent augmenter deux fois plus rapidement que le PIB pendant une longue période sans le gruger entièrement, et même plus. Nous ne pouvons consacrer toutes nos ressources aux soins de santé, même si la tentation de le faire est forte.

Selon la même étude, si l'on isole la composante de l'augmentation des coûts des soins de santé attribuable au vieillissement de la population, celle-ci s'élève à 11 p. 100. Le reste — 89 p. 100 — est attribuable à d'autres facteurs, en particulier à la hausse des sommes dépensées pour chaque groupe d'âge. Autrement dit, ce phénomène ne résulte pas du vieillissement, mais plutôt de l'augmentation des dépenses, c'est-à-dire la hausse des prestations pour soins de la santé ou la hausse des prestations pour les pensions, etc. Si l'on isole entièrement les effets dus à une population vieillissante, l'augmentation des dépenses qu'elle implique au titre des programmes gouvernementaux est tout à fait gérable.

Je citais une étude récente et très fouillée de l'OCDE. Cependant, je tiens à souligner que ce résultat rejoint entièrement nos conclusions et celles d'autres analyses concernant le système de soins de santé et d'autres programmes gouvernementaux en vigueur au Canada.

Cela dit, d'autres problèmes, associés cette fois-ci au vieillissement de la population, devraient nous préoccuper. L'un d'entre eux a déjà été identifié : le vieillissement non homogène d'une province à l'autre.

Le graphique MJ3 montre le taux projeté d'accroissement de la population pour la première moitié du siècle, et ce, de la côte est à la côte ouest. À l'est du Québec, d'après les projections, la croissance de la population serait négative. Dans le cas de Terre-Neuve et du Labrador, on prévoit un déclin d'environ 30 p. 100 si la tendance actuelle se poursuit pendant la première moitié du siècle. Pour le Québec, on s'attend à une augmentation. Dans l'Ouest, toutes les provinces devraient enregistrer une hausse; dans le cas de l'Ontario, cette hausse serait de 50 p. 100. Je ne vous sou mets pas cela à titre de prévision; c'est une projection de ce qui arrivera si les tendances actuelles se maintiennent. Globalement, on observe une baisse des taux de croissance de la population et, parallèlement, de la main-d'oeuvre.

On peut voir que la main-d'oeuvre de Terre-Neuve diminuera de plus de 40 p. 100 et qu'en même temps, celle de l'Ontario augmentera d'environ 40 p. 100. Ces inégalités d'une province à l'autre revêtent une beaucoup d'importance. La proportion de

importance. The proportion in this so-called "seniors' group," 65 years and over, also varies unevenly across the country. That is one big concern, importantly, because of divided jurisdictions and jurisdictional responsibilities for health care expenditures. As we know, health care is already absorbing large fractions of provincial budgets; so the unevenness of this group matters a great deal.

As well, I draw your attention to the seventh point on the older group. One great success story in our income security program in Canada during the last number of decades has been the reduction in poverty as typically measured among older people in the population. This chart shows two measures of the prevalence of low-income rates. These measures are variously defined but they are often used as poverty measures, although it is not a term that Statistics Canada wants to attribute to them.

The first measure is the low-income cut-off and the second is the low-income measure. I will be happy to tell you more about what they are if anyone wants to know. They both indicate that about 20 per cent of the population over 65 was below these cut-offs, in poverty, in shorthand, in about 1980. If we take the measure based on the low-income measure, LIM, we see that it is down to about 2.5 per cent to 3 per cent by the end of this period, which stops in 1995; and that number is the current one as well. The number is low suggesting that poverty is almost vanished by these measures among the older age group. However, pockets of poverty remain among the older age groups and, indeed, among others. This next diagram illustrates a bit of that.

This diagram is based on the so-called low-income cut-off measures, LICO. In this chart we have females in one-person households that show the poverty rates among those older women, 65 and above, are about 20 per cent. Even if women are in two-person households, but are the primary earner in those households, the poverty rates are much higher than for male-headed two-person households. However, the other group here of some concern, single-person male households, has high poverty rates. Other pockets are out there but I draw your attention to those two.

The Chairman: Thank you, Dr. Spencer. You have given us much food for thought, as did Ms. White.

Senator Murray: I have one question but first, to clear the air, Ms. White, is there anything in Dr. Spencer's presentation in terms of the projections and other statistics that he has given us to which you would take exception or that you would dispute?

Ms. White: No. Mr. Spencer has presented, by and large, the measures of the Organisation for Economic Co-operation and Development. While his projections are probably based on the ones that we have provided most recently, I do not have a dispute with what he has presented.

Senator Murray: Dr. Spencer, would you take exception to any of the material that Ms. White has presented to us?

citoyens faisant partie du groupe des « aînés », les 65 ans et plus, varie aussi énormément d'un bout à l'autre du pays. Cela est fort préoccupant, surtout à cause du partage des compétences et des responsabilités juridictionnelles dans le domaine de la santé. Comme on le sait, les dépenses au chapitre des soins de santé absorbent une grande part des budgets provinciaux. Voilà pourquoi l'inégalité qui caractérise ce groupe compte beaucoup.

En outre, j'attire votre attention sur le point sept, qui concerne les populations très âgées. L'un des grands succès du programme de la sécurité de la vieillesse du Canada depuis les dernières décennies a été de réussir à diminuer la pauvreté parmi les populations très âgées, selon les mesures reconnues. Ce graphique montre deux mesures de la prévalence des cas de faible revenu. Ces mesures sont définies de diverses façons, mais elles servent souvent d'étalon de la pauvreté, même si ce n'est pas un terme que Statistique Canada veut accoler à ces populations.

La première est la mesure du seuil de faible revenu et la seconde, la mesure de faible revenu. Si cela vous intéresse, je vous donnerai volontiers plus d'explications à ce sujet. D'après ces deux mesures, environ 20 p. 100 des personnes âgées de plus de 65 ans affichaient un revenu inférieur à ces deux seuils vers 1980. Autrement dit, elles vivaient dans la pauvreté. Si l'on prend la mesure de faible revenu, on constate une baisse d'environ 2,5 à 3 p. 100 jusqu'à la fin de cette période, qui se termine en 1995. C'est aussi le chiffre actuel. Comme il est bas, on croirait, d'après ces mesures, que la pauvreté a pratiquement disparu parmi les aînés très âgés. Cependant, des poches de pauvreté demeurent parmi les groupes d'âge plus avancé et, en fait, parmi d'autres également. Le prochain graphique le montre un peu.

Ce graphique est fondé sur le seuil de faible revenu, le SFR. On peut voir que le taux de pauvreté chez les femmes âgées de 65 ans et plus vivant seules s'élève à 20 p. 100 environ. Même lorsqu'elles vivent dans un ménage comptant deux personnes, si elles sont le principal soutien de famille, les femmes sont généralement beaucoup plus pauvres que les hommes dans la même situation. Toutefois, l'autre groupe qui suscite des inquiétudes, celui des hommes qui vivent seuls, affiche aussi un taux de pauvreté élevé. D'autres poches de pauvreté existent, mais je voulais attirer votre attention sur ces deux-là.

La présidente : Merci, monsieur Spencer. Tout comme Mme White, vous nous avez donné énormément de matière à réflexion.

Le sénateur Murray : J'ai une question, mais tout d'abord, pour clarifier les choses, madame White, y a-t-il dans l'exposé de M. Spencer, en termes de projections ou d'autres statistiques, des éléments avec lesquels vous n'êtes pas d'accord, ou que vous voudriez contester?

Mme White : Non. En général, M. Spencer a présenté les mesures de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Ses projections sont vraisemblablement fondées sur nos données statistiques les plus récentes, et je n'ai aucun problème avec son exposé.

Le sénateur Murray : Monsieur Spencer, êtes-vous en désaccord avec une partie ou l'autre de l'exposé de Mme White?

Mr. Spencer: Her remarks were unexceptionable.

Senator Murray: Ms. White, I am interested in immigration. You tell us that two thirds of population growth, and ultimately all population growth, will be accounted for by immigration. Would you talk for a minute about immigrants? One of the categories is reunification of families. Correct me if I am wrong but I understood that a good many of those immigrants are older people being reunited with younger family members in Canada. In any case, what do we know about the ages of immigrants coming to Canada? Do you track fertility rates among immigrants?

Ms. White: Those questions are good in terms of the impact on the demography of Canada. Immigrants tend to be middle-aged. We encourage those individuals who can adapt in the economy, so the average age is probably around 30 years, I would imagine. The average age of an immigrant is in the 30s. Immigrants, like native-born people, age so they contribute as well to the aging of the population.

In terms of fertility of immigrants, recent work that we have done on the fertility of both visible minorities and of immigrants has shown the following: The fertility levels of visible minorities have been dropping and levels for both groups are under replacement levels. In terms of their contribution to fertility, immigrant fertility rates have dropped from just under 2.1 per cent to about 1.8 per cent. The levels of both groups are not increasing the fertility level of Canadians, if you will.

Senator Murray: Are you talking about immigrants generally or visible minorities?

Ms. White: Visible minorities and immigrants, yes.

Senator Murray: Do you know what proportion of immigrants are under 30 years of age? How many people come to Canada with young families?

Ms. White: I do not have that number off the top of my head but I can provide it to the committee later.

Senator Murray: I hesitate to ask the question of a neutral body like Statistics Canada. Obviously, we need, and are looking for, immigrants who have skills and can contribute immediately to the economy but, given what you have told us about the average age of immigrants and the challenge of population growth, does that suggest to you perhaps not a change in policy but a different emphasis in our immigration policy?

Ms. White: I cannot comment on the immigration policy. However, I can provide you with a more detailed breakdown of the age range of immigrants over the past number of years. That breakdown might provide background information for the committee.

M. Spencer : Absolument pas.

Le sénateur Murray : Madame White, je m'intéresse à l'immigration. Vous nous avez dit que les deux tiers et, en bout de ligne, la totalité de l'accroissement de la population, seront tributaire de l'immigration. Pourriez-vous nous parler un instant des immigrants? L'une des catégories est la réunification des familles. Corrigez-moi si je me trompe, mais je crois savoir qu'un grand nombre des immigrants qui s'en prévalent sont des personnes âgées qui sont réunies avec des membres plus jeunes de leur famille ici, au Canada. Quoi qu'il en soit, qu'en est-il de l'âge des immigrants qui viennent au Canada? Recueillez-vous des données sur la fécondité des femmes immigrantes?

Mme White : Vos questions, qui portent sur l'incidence de l'immigration sur le profil démographique du Canada, sont excellentes. Les immigrants sont généralement d'âge mûr. Comme nous encourageons des personnes capables de s'intégrer à l'économie à venir ici, j'imagine que l'âge moyen tourne autour de 30 ans. En moyenne, les immigrants ont dans la trentaine. Tout comme les Canadiens de souche, les immigrants prennent de l'âge et contribuent eux aussi au vieillissement de la population.

Pour ce qui est de la fécondité des femmes immigrantes, des analyses récentes sur la fécondité des femmes appartenant à une minorité visible et des immigrants ont révélé ce qui suit : la fécondité des femmes de minorités visibles est en baisse; pour les deux groupes, elle est inférieure aux niveaux de remplacement des générations. Pour ce qui est de leur contribution à la fécondité, les taux de fécondité des immigrants sont passés d'un peu moins de 2,1 à 1,8 environ. Les niveaux affichés par les deux groupes ne font pas augmenter le niveau de fécondité de la population canadienne, si vous voulez.

Le sénateur Murray : Parlez-vous des immigrants en général ou des minorités visibles?

Mme White : Des minorités visibles et des immigrants, oui.

Le sénateur Murray : Savez-vous quelle proportion des immigrants a moins de 30 ans? Combien viennent au Canada avec de jeunes familles?

Mme White : Je ne peux vous citer ce chiffre de mémoire, mais je peux le fournir au comité plus tard.

Le sénateur Murray : J'hésite à poser la question à une représentante d'un organisme neutre comme Statistique Canada. À l'évidence, nous avons besoin d'immigrants qualifiés qui peuvent contribuer immédiatement à l'économie. C'est ce type d'immigrants que nous recherchons. Mais compte tenu de ce que vous venez de nous dire au sujet de l'âge moyen des immigrants et de la faible croissance de la population, un changement, peut-être pas de politique, mais d'orientation s'impose-t-il en matière d'immigration?

Mme White : Je ne peux commenter la politique de l'immigration. Toutefois, je peux vous fournir une ventilation plus détaillée de la fourchette d'âge des immigrants depuis les dernières années. Cette ventilation pourrait servir d'information de base au comité.

Senator Murray: Should we bring more babies to Canada, perhaps?

The Chairman: Dr. Spencer has spoken to some interesting statistics. I invite him to comment on Senator Murray's question.

Mr. Spencer: On the screen before the committee is the age distribution of immigrants, historically from 1991 to 2002. Consistent with what was said, we see that a bit over 40 per cent of male immigrants and a bit over 40 per cent of female immigrants are aged 25 to 30 years. They come to Canada with young dependents so one quarter of all immigrants are under the age of 15 years, most of whom have parents aged 25 to 39 years, one would think, although some might be a little over 40 years of age. A small proportion of immigrants are over the age of 65, but almost 20 per cent are over the age of 40.

Senator Murray: Twenty-five per cent are under the age of what?

Mr. Spencer: They are under the age of 15. They come with their parents. Their parents are typically in the age group of 25 to 39 years, although some of them might be a bit older.

Senator Murray: Ms. White's testimony is that immigrant contribution to fertility is no greater than those of native-born Canadians. Is that accurate?

Ms. White: The rate is a little higher, but it is not above replacement level. For visible minorities, it is at about 1.8. It is the same with immigrants in general. Not all visible minorities, of course, are immigrants.

Laurent Martel, Analyst, Research and Analysis Section, Demography Division, Statistics Canada: We have conducted studies indicating that recent immigrants have higher fertility rates than Canadians. However, fairly rapidly after their entrance to Canada, their fertility rates drop and tend to match that of Canadians. They adapt in every way to the average fertility rate of Canadians.

The immigrant fertility rate is higher, but only shortly after arriving in Canada. After a while, between five and ten years, their fertility rate is consistent with that of Canadians.

The Chairman: It sounds to me like a new form of birth control.

[Translation]

Senator Chaput: I would like to hear from you about a new definition of seniors, that could include people who are 75 years old instead of 65.

I would also like you to talk about baby boomers. I have read that these people will benefit from better health because they are much more careful about what they eat and because they are much more physically active.

Le sénateur Murray : Faudrait-il faire venir au Canada davantage de nouveau-nés?

La présidente : M. Spencer a cité des statistiques intéressantes. Je l'invite à répondre à la question du sénateur Murray.

M. Spencer : Les membres du comité peuvent voir à l'écran la répartition par âge des immigrants, de 1991 à 2002. On peut voir que, conformément à ce qui a été dit, un peu plus de 40 p. 100 des immigrants, hommes et femmes, ont entre 25 et 30 ans. Ils arrivent au Canada avec de jeunes enfants, ce qui explique que le quart de tous les immigrants ont moins de 15 ans. On suppose que leurs parents sont pour la plupart âgés de 25 à 39 ans, bien que certains puissent avoir un peu plus de 40 ans. Un petit pourcentage des immigrants sont âgés de plus de 65 ans, mais près de 20 p. 100 d'entre eux ont plus de 40 ans.

Le sénateur Murray : Vingt-cinq pour cent ont moins de quel âge?

M. Spencer : Moins de 15 ans. Ils viennent avec leurs parents. En général, leurs parents se situent dans le groupe d'âge de 25 à 39 ans, mais il arrive que certains d'entre eux soient un peu plus âgés.

Le sénateur Murray : D'après le témoignage de Mme White, la contribution des immigrants à la fécondité n'est pas plus importante que celle des Canadiens nés ici. Est-ce exact?

Mme White : Leur taux de fécondité est légèrement plus élevé, mais il n'est pas supérieur au niveau de remplacement. Dans le cas des minorités visibles, ce taux s'élève à 1,8 environ, et c'est la même chose pour les immigrants en général. Bien entendu, ce n'est pas parce qu'on appartient à une minorité visible que l'on est immigrant.

Laurent Martel, analyste, Section de la recherche et de l'analyse, Division de la démographie, Statistique Canada : Selon des études que nous avons effectuées, les immigrantes de fraîche date présentent un taux de fécondité plus élevé que les Canadiennes. Toutefois, assez rapidement après leur arrivée au Canada, leur taux de fécondité chute et s'aligne sur celui des Canadiennes. Il s'adapte à tous les égards au taux de fécondité moyen des Canadiennes.

La fécondité des immigrantes est plus élevée, mais uniquement pendant une courte période après leur arrivée au Canada. Cinq ou dix ans plus tard, leur taux de fécondité correspond à celui des Canadiennes.

La présidente : Cela ressemble à une nouvelle forme de contrôle des naissances.

[Français]

Le sénateur Chaput : J'aimerais que vous me parliez de la nouvelle définition de la personne âgée, qui pourrait inclure 70 ans au lieu de 65.

J'aimerais également que vous me parliez des baby-boomers. J'ai lu un article qui disait que ces personnes bénéficieraient d'une meilleure santé parce qu'elles font beaucoup plus attention à leur alimentation et qu'elles sont beaucoup plus préoccupées par l'activité physique.

Recently, I have read that baby boomers will not necessarily be interested in quitting their jobs when they reach the age of 65. Some of them mention that they would like to be able to continue working, one of the reasons being that they are not necessarily ready financially, but also because they want to remain active on the labour market.

I would like to hear from Ms. White and from Dr. Spencer on this issue.

Ms. White: First, regarding the definition of the age of seniors, we have used the age that is normally recognized by demographers, that is 65 and over. I will leave it up to Mr. Spencer to express his opinion on the sociological aspect, on the definition of a senior.

Regarding baby boomers, it would be difficult to predict the tendency to continue working among this age group. Some baby boomers are worried about their capacity to have a well-subsidized retirement. They do not know whether they will be able to continue enjoying a financially comfortable life without working.

As far as better health is concerned, I am not an expert in the health of baby boomers. Perhaps Mr. Martel could make a few comments about health and aging.

Mr. Martel: I would like to add a few comments to Ms. White's answer concerning the age of retirement or even the definition of a senior. Obviously, the age of 65 is the legal retirement age in Canada. In Europe, the threshold of 60 years old is widely used. There are some variations, even in the definition of old age, between different countries.

There is indeed a need to reconsider this definition. The increase in life expectancy among Canadians has had a profound impact on the very idea of mortality in Canada. I was told once that it was chancellor Bismarck who chose the age of 65 as the age of retirement, realizing that there were few people who got to live that old and that consequently, it would not cost too much to sustain all these retired people.

In 1971, in Canada, 8 per cent of the population was 65 and over. We are trying to maintain this percentage. Today, 8 per cent of people at the top of the age pyramid, made up of people who are in their last period of life, are 81 years old. This gives you an idea of the incredible progress that has been made as far as mortality is concerned. So it might indeed be advisable to reconsider this age threshold.

As far as the health of baby boomers is concerned, we know that cohorts who reach old age will be different from those who already are at that stage. Each cohort arrives at the age of 65 with their own behaviors, their own values and experiences, including in the area of education. We know full well that future seniors will be better educated than present day seniors. They went to school for a longer time and we know that there is a link between education and health. So we might think that because they are better educated, they are also more aware of what is good for their health; perhaps they are more active in sports because they

Dernièrement, j'ai lu que les baby-boomers ne seraient pas nécessairement intéressés à quitter le travail à 65 ans. Certains d'entre eux mentionnent qu'ils aimeraient pouvoir continuer à travailler, une des raisons étant qu'ils ne sont pas nécessairement prêts financièrement, mais également qu'ils veulent demeurer actifs sur le marché du travail.

J'aimerais avoir les commentaires de Mme White et de M. Spencer à ce sujet.

Mme White : Premièrement, en ce qui concerne la définition de l'âge des personnes âgées, nous avons utilisé l'âge normalement reconnu par les démographes, c'est-à-dire 65 ans et plus. Je laisserai M. Spencer apporter son opinion sur l'aspect sociologique, sur la définition de la personne âgée.

En ce qui concerne les baby-boomers, il serait difficile de prévoir la tendance de ce groupe d'âges à continuer à travailler. Certains baby-boomers s'inquiètent de leur capacité à avoir une retraite bien subventionnée. Ils ne savent pas s'ils pourront avoir une vie financièrement confortable sans avoir à travailler.

En ce qui concerne l'aspect d'une meilleure santé, je ne suis pas une experte dans la santé des baby-boomers. M. Martel pourrait peut-être faire quelques commentaires au sujet du vieillissement en santé.

M. Martel : J'ajouterais quelques compléments à la réponse de Mme White, concernant l'âge de la retraite, ou même de la définition des personnes âgées. Évidemment, l'âge de 65 ans correspond à l'âge légal de la retraite au Canada. En Europe, on utilise beaucoup le seuil de 60 ans. Il y a des variations, même dans la définition de la vieillesse, à travers les pays.

Il y a effectivement un besoin de repenser cette définition. L'accroissement de l'espérance de vie des Canadiens a profondément changé l'idée de la mortalité canadienne. On m'a déjà dit que c'était le chancelier Bismarck qui avait décidé de fixer à 65 ans l'âge de la retraite, se rendant compte qu'il y avait peu de gens qui atteignaient cet âge et qu'en conséquence, cela ne coûterait pas tellement cher pour soutenir tous ces gens à la retraite.

En 1971, au Canada, 8 p. 100 de la population était âgée de plus de 65 ans. On cherche à garder ce pourcentage. Aujourd'hui, les 8 p. 100 des gens au sommet de la pyramide des âges, donc dans la dernière tranche de vie, ont 81 ans. Cela donne une idée des progrès phénoménaux qu'on a faits en mortalité. Il y a peut-être lieu, effectivement, de repenser ce seuil.

Au sujet de la santé des baby-boomers, on sait que les cohortes qui arrivent à la vieillesse seront différentes de celles qui y sont déjà. Chaque cohorte qui atteint 65 ans arrive avec ses propres comportements, ses propres valeurs et son propre bagage, notamment l'éducation. On sait très bien que les futures personnes âgées seront mieux éduquées que les personnes âgées actuelles. Elles sont allées plus longtemps aux études, et on sait que l'éducation est associée à la santé. On peut donc penser que parce qu'elles sont mieux éduquées, elles sont plus au courant de ce qui est bon pour la santé; elles font peut-être plus de sports

know how important physical activity is for their health. So we might think that indeed in the future, seniors will be in better health than today's seniors.

[English]

Mr. Spencer: There are a number of interesting aspects to this discussion.

On the matter of the definition of a senior citizen or what we account for as old age, I observe that in 1951 — which is now 55 years ago — the definition of old age was 65 years of age for legal purposes. That was the age at which one was eligible for particular benefits prescribed by law. Yet, life expectancy has increased over that period of time, in 50 years. It has increased by about 10 or 12 years.

It is obvious to everyone who was around in 1951 that a 65-year-old at that time is not the same as a 65-year-old in 2006. They are different people. They are, on average, much healthier nowadays and certainly have many more years of good health ahead of them.

I think it makes sense to change the definition — what we deem to be, for legal purposes and for age of eligibility for full benefits under social security and so on — in a systematic way as life expectancy increases, assuming life expectancy continues to increase as we may reasonably expect.

On the matter of the baby boomers wanting to retire later, I observe two things. One is that the labour force participation rates for women have been increasing steadily, including women among older working age groups. The big thing though is on the side of men, whose participation rates decreased over a period of about three decades, and by the mid- 1990s, the participation rates for males 55 to 64 were about 60 per cent, which is remarkable. The rates had been about 90 per cent two or three decades before that, so big decreases in labour force participation among that age group of men.

Recently, in the last decade, there has been a sharp upturn in those rates for reasons that are not fully understood, but some of explanation might have to do with this better health that we talked about. A lot of it has to do with the fact that jobs are available for them. If they are displaced from their employment, they can go to something else because there has been generally good labour market activity in this period.

Also, their income security has been challenged a bit over this period, and so they are more anxious to remain in the labour force. Adding to that, I will come back a point that I alluded to, namely, a serious and legitimate concern about the situation with private pension plans.

parce qu'elles connaissent l'importance de l'activité physique pour la santé. On peut donc penser qu'effectivement, les futurs aînés seront en meilleure santé que nos aînés d'aujourd'hui.

[Traduction]

M. Spencer : Cette discussion comporte de nombreux aspects intéressants.

En ce qui concerne la définition de « personne âgée » ou de ce que nous considérons comme la vieillesse, je remarque qu'en 1951 — il y a de cela 55 ans maintenant — la loi considérait qu'à partir de 65 ans, on était une personne âgée. C'était l'âge auquel on devenait admissible aux prestations particulières prescrites par la loi. Pourtant, au cours de cette période, soit en l'espace de 50 ans, l'espérance de vie a augmenté d'environ 10 ou 12 ans.

Il est évident pour quiconque vivait en 1951 qu'une personne de 65 ans à l'époque est différente d'une personne de 65 ans en 2006. Ce sont des personnes différentes. En moyenne, les personnes qui ont 65 ans aujourd'hui sont en meilleure santé et peuvent espérer vivre encore de nombreuses années en bonne santé.

Je pense qu'il est logique de modifier la définition de ce que nous considérons être, au plan juridique, l'âge d'admissibilité aux prestations intégrales du régime de sécurité sociale, ou autre et ce, de façon systématique, à mesure qu'augmente l'espérance de vie. En supposant que l'espérance de vie continue de croître, ce à quoi nous pouvons raisonnablement nous attendre.

Pour ce qui est du voeu des baby-boomers de prendre leur retraite plus tardivement, j'ai deux observations à faire. Premièrement, le taux de participation des femmes à la population active accuse une augmentation constante, y compris les femmes faisant partie des populations plus âgées en âge de travailler. Le gros changement, cependant, vient du côté des hommes. En effet, leur taux de participation diminue depuis environ 30 ans et, au milieu des années 1990, le taux de participation des hommes de 55 à 64 ans s'élevait à 60 p. 100 environ, ce qui est remarquable. Il y a 20 ou 30 ans, ce taux tournait autour de 90 p. 100. On note donc un déclin marqué de la participation à la population active des hommes de ce groupe d'âge.

Récemment, soit au cours de la dernière décennie, on a constaté un redressement prononcé de ce taux pour des raisons encore mal comprises, mais cela pourrait partiellement s'expliquer par leur meilleur état de santé, comme nous l'avons mentionné. Le fait qu'il y ait des emplois disponibles pour eux y est pour beaucoup. S'ils perdent leur emploi, ils peuvent se tourner vers autre chose car le marché du travail a généralement été actif au cours de ces années.

En outre, leur sécurité du revenu a été ébranlée quelque peu au cours de cette période, ce qui fait qu'ils sont plus intéressés à demeurer au sein de la population active. À cela s'ajoute un autre facteur — et je reviens sur un point auquel j'ai fait allusion tout à l'heure, soit une préoccupation sérieuse et légitime au sujet de la situation des régimes de pension privés.

This issue is not a population aging one as such, but less than a third of Canadians have coverage at all under private pension plans. That is to say, less than a third of Canadians who are not employed in the public service have private pension plan coverage. Of course, they all have Old Age Security and Canada Pension Plan if they are working, and so on, but two thirds of people do not have private pension coverage.

That concern is a serious one among those who have some coverage. Many will not realize the coverage because they change jobs and the coverage does not go with them and so on. That concern is a serious one among people who are in low-income groups. These people rarely have any significant amount of private pension coverage.

Senator Keon: Mr. Spencer, you said something that interests me very much, which is that, fundamentally, the health care expenditure is growing at twice the rate of GDP. Correct me if I misquoted you. Is it correct that aging accounts for only 11 per cent of that?

I do not feel as comfortable with this number as you suggested, for the following reason, and I would like you to comment on it: We currently have a split of about 70 per cent and 30 per cent when it comes to the payer for health care in Canada. I think the 70 per cent will be sustained, but the 30 per cent is a worrisome part to me. About half the 30 per cent is paid out of the pocket and the other is covered by some kind of insurance.

The aging people are clamouring for security in this 30 per cent sector; in other words, the sector does not cover post-hospital care, custodial care, all their palliative care, care when they get to the homes and their homes are not sufficient and so forth. As far as I know, they are anxious to see a change in this area. I think when the change comes in this area, whether it comes through the single payer, the government, or the private sector, which I think requires revolutionary changes in the insurance industry in Canada, I think the change will blow that 11 per cent much higher.

I would like to hear your comments on that.

Mr. Spencer: First, let me be clear what the 11 per cent is. The study referred to the growth of health care expenditures over three decades in OECD countries collectively. The statement is that health care expenditures were growing in those countries, over that three-decade period, at twice the rate of GDP. That growth is clearly unsustainable; it cannot continue.

If you look at the age profile of expenditures at the beginning of those three decades, and you project ahead, suppose that we maintain the same level of expenditures for all those individuals in each age-sex group as they age over those three decades, how much would the expenditures increase? The answer is 11 per cent. In fact, they increased enormously more than that, but the reason for the increase is not because of population aging, and that was

Cette question ne relève pas à proprement parler du vieillissement de la population, mais moins du tiers des Canadiens ont une protection quelconque en vertu de régimes de pension privés. Autrement dit, moins du tiers des Canadiens qui ne sont pas employés dans la fonction publique souscrivent à un régime de pension privé. Bien entendu, ils toucheront tous les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Régime de pensions du Canada s'ils travaillent, mais il n'en reste pas moins que les deux tiers des citoyens canadiens ne sont pas couverts par un régime de retraite privé.

Parmi les Canadiens ayant une couverture quelconque, c'est là un sujet de préoccupation sérieux. Bon nombre de travailleurs ne seront pas couverts parce qu'ils ont changé d'emploi et que leur couverture n'a pas suivi. Cela préoccupe sérieusement les travailleurs à faible revenu. Il est rare que ces gens-là aient une protection importante auprès de régimes de retraite privés.

Le sénateur Keon : Monsieur Spencer, vous avez dit une chose qui m'a beaucoup intéressé : essentiellement, les dépenses de santé augmentent deux fois plus vite que le PIB. Veuillez me le dire si je vous ai mal cité. Est-il exact que seulement 11 p. 100 de cette augmentation est attribuable au vieillissement de la population?

Je ne me sens pas aussi à l'aise avec ce chiffre que vous l'avez laissé entendre, pour la raison suivante, et j'aimerais que vous la commentiez : à l'heure actuelle, la note des soins de santé au Canada est partagée à environ 70 p. 100 et 30 p. 100. Je pense que les 70 p. 100 demeureront, mais c'est le volet de 30 p. 100 qui m'inquiète. Environ la moitié de ce 30 p. 100 est payée par les particuliers et l'autre par une assurance quelconque.

Les aînés revendiquent la sécurité pour cette composante de 30 p. 100. Autrement dit, cette composante ne couvre pas les soins post-hospitalisation, les services de garde, tous les soins palliatifs, les soins à domicile, alors que leurs maisons ne sont pas convenablement équipées, entre autres. À ma connaissance, ils souhaitent vivement un changement dans ce domaine. Lorsque ce changement surviendra, qu'il soit assumé par un payeur unique, le gouvernement, ou par le secteur privé, ce qui, à mon avis, exigerait pratiquement une révolution dans le secteur de l'assurance au Canada, je pense qu'il contribuera à gonfler énormément ce 11 p. 100.

J'aimerais vous entendre à ce sujet.

M. Spencer : Premièrement, permettez-moi de préciser ce que représente ce 11 p. 100. L'étude en question faisait référence à la croissance des dépenses consacrées aux soins de santé depuis 30 ans dans l'ensemble des pays de l'OCDE. On affirme qu'au cours de ces trois décennies, les dépenses de santé ont augmenté deux fois plus rapidement que le PIB dans ces pays. De toute évidence, une telle augmentation n'est pas viable; elle ne peut continuer.

Si l'on considère le profil d'âge associé aux dépenses au début de ces trois décennies et que l'on fait une projection pour l'avenir, en supposant que l'on conserve le même niveau de dépenses pour toutes les personnes de chacun des groupes d'âge et de sexe à mesure qu'elles vieillissent durant ces trois décennies, quel serait le pourcentage d'augmentation des dépenses? La réponse est 11 p. 100. En fait, elles ont augmenté beaucoup plus

the point I tried to emphasize. There are lots of good things on which to spend money and one of them is better health, but population aging is not the only reason those expenditures will increase so much.

I will put the statement a little differently. A quip I like from a well-known health economist is that good health is only a state of incomplete diagnosis. We can always find more ways to spend money on health care. It does not mean that it is related to the aging of the population or to anything of that sort.

Senator Keon: You are basing your projections on the health status quo. You are looking through a retrospective scope and saying we are only spending 11 per cent and that is all we need to spend. My hypothesis is that the status quo cannot hold the line and that seniors will demand a tremendous change in the status quo as it relates to the things I mentioned.

Now, come back and give me comfort again that it will only cost us 11 per cent.

Mr. Spencer: I will look ahead rather than back. If we were to consider the expenditures now on, let us say, people aged 70 to 74 years old, 75 to 79 years old and, indeed, every other age group in the population, and we were to take the current level of expenditures and project those expenditures ahead, yes, we would find increases in expenditures on health care. The reason is that we will have people moving, on average, into age groups that are older, and hence have higher requirements for health care services.

Yes, there is an increase in expenditure in health. However, the increase that results from that aging of the population is of a modest order. It is not anything like doubling the expenditure on health care services. It is modest. That is true as we project into the future, not just historically.

Does that answer your question, senator?

Senator Keon: Yes, I deeply appreciate the answer. I am afraid I do not totally agree with you. You are the expert. I am talking from the point of view of perception.

Mr. Spencer: You emphasize something important and that is, there is a lot of pressure to increase the expenditures per capita. I want to emphasize that increase is not associated with the aging of the population; that increase is associated with the possibility of perhaps providing better services, but not necessarily better services. A lot of health care expenditures are demonstrably wasted.

Senator Mercer: I continue to learn but I also continue to be a little frightened at some of the statistics that I have heard.

substantiellement, mais pas à cause du vieillissement de la population, et c'est cet argument que je voulais communiquer. Il y a de multiples domaines dans lesquels on pourrait injecter des fonds, et l'un d'eux est l'amélioration de la santé, mais le vieillissement de la population n'est pas l'unique raison pour laquelle ces dépenses feront un bond aussi considérable.

Permettez-moi de reformuler cette déclaration de façon quelque peu différente. J'aime bien cette blague d'un économiste de la santé bien connu : une bonne santé ne représente qu'un diagnostic incomplet. On peut toujours trouver plus de façons de dépenser de l'argent dans le domaine des soins de santé. Cela n'a pas nécessairement un rapport avec le vieillissement de la population ou quoi que ce soit du genre.

Le sénateur Keon : Vous fondez vos projections sur le statu quo en matière de santé. À la suite d'une analyse rétrospective, vous affirmez que nous ne dépensons que 11 p. 100 et que cela suffit. Mon hypothèse, c'est que le statu quo est intenable et que les personnes âgées vont exiger un changement fondamental en ce qui a trait aux divers volets que j'ai mentionnés.

Maintenant, je vous invite à me répondre et à me donner encore une fois l'assurance que cela ne se traduira que par une augmentation de 11 p. 100.

M. Spencer : Je vais regarder en avant plutôt qu'en arrière. Si l'on considérait les dépenses consenties maintenant, disons, pour les personnes âgées de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans et, en fait, pour tous les autres groupes d'âge de la population et si l'on faisait une projection de ces dépenses pour l'avenir, effectivement, il y aurait des augmentations de dépenses pour les soins de santé. La raison en est qu'il y aura des gens qui, en moyenne, passeront à des groupes d'âge plus avancés et qui, par conséquent, exigeront davantage de services de santé.

Oui, il y a une hausse des dépenses dans le domaine de la santé. Toutefois, la hausse qui résulte du vieillissement de la population est modeste. On ne parle absolument pas de doubler les dépenses pour les services de santé. C'est une hausse modeste. Et cela vaut pour l'avenir et non seulement pour le passé.

Cela répond-il à votre question, sénateur?

Le sénateur Keon : Oui, j'apprécie beaucoup la réponse. J'ai bien peur de ne pas être tout à fait d'accord avec vous. Vous êtes l'expert. Je parlais surtout de perception.

M. Spencer : Vous avez souligné une chose importante : de toutes parts, on exerce des pressions en faveur d'une augmentation des dépenses par habitant. J'insiste pour dire que cette augmentation n'est pas associée au vieillissement de la population. Elle a plutôt tout à voir avec la possibilité d'offrir peut-être, mais pas nécessairement, de meilleurs services. Il est prouvé que bien des fonds investis dans la santé sont gaspillés.

Le sénateur Mercer : Je continue d'apprendre, mais je demeure quelque peu ébranlé par certaines des statistiques que j'ai entendues.

Ms. White: there was a vague reference by both of you to other countries. Are there other countries with similar percentages in terms of population demographics and growth that we, as a committee, should study for a comparative study?

Ms. White: You may want to look at Australia for its similarity to us. If you want to look at the stock of immigrants in the population, immigrants make up about 18 to 19 per cent of our population; in Australia it is about 24 per cent. In terms of the shape of the population or the distribution of youth through to seniors, Australia has a similar distribution.

Clearly, if you look to the U.S., two-thirds of our growth in Canada is due to immigration, whereas in the U.S. it is due to fertility. The U.S. population is younger compared to ours.

We often make references to the U.S. However, population dynamics are different. Our rate of growth has been tracking similar to the U.S., a little under, from one year to the next. It will be a little over the U.S. and a little under the U.S. in terms of our actual population growth. It is projected that because they have a higher natural increase that the U.S. will grow at a faster rate than we will.

Senator Mercer: Do we know why two-thirds of the growth is because of fertility? We know our growth is two-thirds by immigration.

Ms. White: In the U.S., their fertility rate is close to replacement at two children per woman, where ours is 1.5. That rate is really the difference.

Senator Mercer: Is there an obvious reason for that?

Ms. White: Three factors probably contribute to higher fertility in the U.S. One is that the number of women under the age of 20 who have children is considerably higher than in Canada. That is not necessarily a fertility pattern that we would wish to emulate, because fertility amongst people under the age of 20 means that perhaps they are limiting their education and labour force participation.

The other two have to do with when women have children in the U.S., and when they have that second and third child. They tend to have their first child in their early 20s and follow up with that second and third child through their 20s and early 30s. Canadians are delaying childbirth until the late 20s and early 30s, and not necessarily having that second or third child, obviously.

Clearly, there are some differences amongst the populations in terms of Hispanic populations and Black Americans having more children. Also, when people have children within that society that contributes to the higher fertility rate.

Madame White, tout comme votre collègue, vous avez vaguement fait référence à la situation dans d'autres pays. Y a-t-il d'autres pays affichant des pourcentages semblables en termes de profil et de croissance démographiques à propos desquels notre comité devrait faire une analyse comparative?

Mme White : Vous voudrez peut-être examiner le cas de l'Australie, qui est très semblable au nôtre. En ce qui concerne le bassin des immigrants, ces derniers représentent de 18 à 19 p. 100 de notre population. En Australie, ce pourcentage s'établit à 24 p. 100 environ. Pour ce qui est du profil de la population ou de la distribution des jeunes jusqu'aux aînés, l'Australie présente une fiche semblable à la nôtre.

Évidemment, si l'on regarde du côté des États-Unis, les deux tiers de leur croissance sont attribuables au taux de fertilité, alors que les deux tiers de la croissance du Canada sont attribuables à l'immigration. La population américaine est aussi plus jeune que la nôtre.

On fait souvent référence aux États-Unis. Toutefois, la dynamique de nos populations respectives est différente. Le taux de croissance de notre population suit à peu près la même courbe que celui des États-Unis. D'une année à l'autre, il varie, parfois il est un peu plus haut et parfois un peu plus bas. Cela dit, comme les États-Unis accusent une hausse naturelle plus élevée, on s'attend à ce que son taux de croissance soit supérieur au nôtre.

Le sénateur Mercer : Savons-nous pourquoi les deux tiers de la croissance américaine sont attribuables au taux de fécondité? Nous savons que les deux tiers de notre croissance sont attribuables à l'immigration.

Mme White : Aux États-Unis, le taux de fécondité se rapproche du taux de remplacement, à deux enfants par femme, alors que le nôtre se situe à 1,5. C'est ce taux qui fait toute la différence.

Le sénateur Mercer : Y a-t-il une raison évidente à cela?

Mme White : Trois facteurs contribuent sans doute au taux de fécondité plus élevé aux États-Unis. Le premier, c'est que le nombre de femmes de moins de 20 ans qui ont des enfants est sensiblement plus élevé qu'au Canada. Ce n'est pas nécessairement là un modèle que nous devrions souhaiter émuler car un tel taux de fécondité chez les femmes de moins de 20 ans signifie qu'elles limitent sans doute leur scolarisation et leur participation à la population active.

Les deux autres concernent le moment où les femmes américaines commencent à procréer et où elles ont ce deuxième et troisième enfant. Généralement, elles ont leur premier enfant au début de la vingtaine et ensuite, le deuxième et le troisième plus tard dans la vingtaine et au début de la trentaine. Les Canadiennes retardent le moment de procréer jusqu'à la fin de la vingtaine et le début de la trentaine et, évidemment, n'ont pas nécessairement de deuxième ou troisième enfant.

Il y a manifestement certaines différences en ce qui concerne les populations hispaniques et noires, qui ont davantage d'enfants. En outre, lorsque les gens ont des enfants au sein de cette société, cela contribue à hausser le taux de fécondité.

Senator Mercer: You have both talked about redefining what a senior is or where old age begins, although I do not like the term. I remember when the age for receiving government benefits was higher. In fact, as Professor Spencer alluded to, I remember our grandmother living with us and she received it when she was much older than people today.

The problem that we all have is wrestling with this rapidly growing population; healthier in some ways but not in others, and all expecting certain programs. If we move the line and say they are no longer a senior at wherever that line is, but now at a higher level because they are healthier and there are more jobs, et cetera, I have difficulty with a group of people who have planned their life that at age 65 or whatever age they will retire, and that these benefits will be available.

One dilemma of the committee, and probably the biggest dilemma of government, is that as we plan for the future, how do we fulfil people's expectations at the same time as filling the needs, recognizing the financial constraints that go along with filling those needs, and all of that being affected by demographics?

Mr. Spencer: I would comment on one aspect of it. You are right to identify concern about people planning for their retirement. We do not want to make such changes, and especially big changes, without a good deal of notice.

For example, in the U.S., when the legislation was changed such that the age of eligibility for full social security benefits started to increase, it was 10 to 15 years before the age of eligible actually started. Once it started, the age at which they could receive benefits went up by one month for every year of time. It was phased in from age 65, being eligible for full benefits up to age 67, over a period of approximately 20 years.

The lead time and the announcement of these things as taking effect at some future date are important, for the reasons you identified.

Senator Cordy: I am wondering about demographics. Many of them were not surprising when you talked about out-migration from Atlantic Canada, which is where I am from. We all know many young people graduating from university or community college and heading to Alberta. Alberta has a younger population due to the fact that many young Atlantic Canadians are living there.

Within Nova Scotia itself — I will speak of Nova Scotia, my province, but I think it is the same in each province — we have the demographics of the rural versus urban. While the population of

Le sénateur Mercer : Vous avez tous deux évoqué la possibilité de redéfinir ce qu'est une personne âgée ou le seuil de la vieillesse, même si je n'aime pas ce terme. Je me souviens de l'époque où on recevait des prestations du gouvernement à un âge beaucoup plus avancé. En fait, comme M. Spencer y a fait allusion, je me souviens que notre grand-mère, qui vivait avec nous, a commencé à recevoir des prestations alors qu'elle était beaucoup plus vieille que ne le sont les bénéficiaires aujourd'hui.

La difficulté, pour nous tous, consiste à faire face à cette population en forte croissance, une population en meilleure santé à certains égards, mais pas à d'autres, une population dont tous les membres s'attendent à certains programmes de soutien. Si nous repoussons le seuil de la vieillesse et que nous disons aux gens qu'ils n'entrent plus dans la catégorie des personnes âgées, peu importe où l'on tracera la ligne, si on leur dit que désormais ils feront partie de ce groupe plus tard parce qu'ils sont plus en santé et qu'il y a davantage d'emplois, notamment, cela me pose un problème. En effet, il faut penser qu'un groupe de personnes ont planifié leur vie en se disant qu'à l'âge de 65 ans, ou peu importe, ils prendront leur retraite et qu'ils pourront compter sur ces prestations.

Le dilemme du comité — et c'est sans doute le plus grand dilemme du gouvernement également —, c'est que nous planifions pour l'avenir. Comment répondre aux attentes des gens tout en satisfaisant à leurs besoins et en reconnaissant les contraintes financières liées au fait d'y répondre, en sachant pertinemment que tous ces aspects sont touchés par l'évolution démographique?

M. Spencer : Je vais commenter un aspect de la question. Vous avez raison de vous soucier du sort des gens qui planifient leur retraite. Il ne faudrait pas apporter de tels changements, particulièrement des changements d'envergure, sans donner aux citoyens un long préavis.

Par exemple, aux États-Unis, lorsque le gouvernement a modifié la loi de façon à hausser graduellement l'âge de l'admissibilité pour recevoir l'intégralité des prestations de sécurité sociale, on a prévu un délai de 10 à 15 ans avant que le régime n'entre en vigueur. Une fois le processus amorcé, l'âge auquel les citoyens pouvaient toucher les prestations augmentait d'un mois par année. L'admissibilité aux prestations complètes est passée de l'âge de 65 à 67 ans au cours d'une période d'une vingtaine d'années.

Le préavis et l'annonce de ces changements qui doivent entrer en vigueur à une date ultérieure sont importants pour les raisons que vous avez identifiées.

Le sénateur Cordy : Je m'interroge au sujet des statistiques démographiques. Au sujet de la migration des gens qui quittent le Canada atlantique, la région d'où je viens, beaucoup de ces données ne sont pas étonnantes. Nous savons tous qu'un grand nombre de jeunes diplômés des collèges communautaires ou des universités se dirigent vers l'Alberta. L'Alberta a une population plus jeune étant donné qu'un grand nombre de jeunes Canadiens venus de l'Atlantique y vivent.

En Nouvelle-Écosse proprement dite — je vais parler de la Nouvelle-Écosse, ma province, mais je pense que c'est la même chose dans toutes les provinces — la dynamique milieu rural/

Nova Scotia has fallen slightly, it has remained fairly steady, down a little bit. However the population of Halifax has grown substantially and the population of the rural areas has fallen dramatically. Neither of you mentioned urban versus rural population in your reports. Have you done any studies on the number of seniors who live in rural areas? It seems to me that young people are leaving the rural areas and moving to the urban areas, but is that a fact or not? I do not know the statistics.

Ms. White: I alluded to it somewhat when I talked about median age, where urban areas have a lower median age compared to non-urban areas.

Rural areas tend to be older demographically, except for areas that are affected by Aboriginal populations. When you talk about the northern part of Ontario, Quebec and the Prairie provinces, populations as a median age are actually younger provincially. Within a province such as Nova Scotia, outside of places such as Halifax, Dartmouth or Truro, the population demographic would be older.

Senator Cordy: How do you define a rural area? Since amalgamation Halifax regional municipality takes up a large geographical area, some of which is rural. How do you determine the definition you use for rural?

Ms. White: That question is a very pertinent. We look at zones of metropolitan influence in terms of commuting distance to an urban area. When I mention Halifax or Dartmouth, I am talking about that census metropolitan area, that area into which 50 per cent of the population travels at any given time during the workday. In a smaller province, there is less geographical area or spaces between urban nodes. We are talking here about less influence from the economic centre point of the city.

Senator Cordy: With regard to changing demographics and aging populations, we have had many discussions in terms of health care, but there are so many other issues: housing, transportation, palliative care, home care, drug coverage and all those kinds of things. Do we have sufficient data to make long-term policy changes for seniors? Do we have enough information or do we have gaps?

Ms. White: We must rely on the surveys that we have in terms of collection of information. In terms of the data gaps and each specific of those elements, I am probably not the best person to answer that, since my area is more demographics, as opposed to health or the economic situation of seniors.

There are officials in Statistics Canada who could address those specific issues. They could give you the nuances in terms of the ability to look at pharmacare or housing affordability.

milieu urbain comporte un volet démographique. La population de la Nouvelle-Écosse a légèrement diminué, mais elle est demeurée assez stable. Toutefois, la population de Halifax a beaucoup augmenté et la population des régions rurales a chuté radicalement. Dans vos exposés, vous n'avez ni l'un ni l'autre mentionné la dynamique population rurale/population urbaine. Avez-vous effectué des études sur le nombre de personnes âgées qui vivent en milieu rural? Il me semble que les jeunes quittent la campagne pour la ville, mais est-ce un fait ou non? Je ne connais pas les statistiques pertinentes.

Mme White : J'ai fait allusion à cette dynamique lorsque j'ai parlé de l'âge médian car les zones urbaines affichent un âge médian inférieur à celui des zones non urbaines.

Dans les régions rurales, les gens sont généralement plus âgés, sauf dans les régions où vivent des populations autochtones. Dans le nord de l'Ontario, du Québec et des provinces des Prairies, les populations, selon l'âge médian, sont en fait plus jeunes. Dans une province comme la Nouvelle-Écosse, à l'extérieur des villes de Halifax, Dartmouth ou Truro, la population serait plus âgée.

Le sénateur Cordy : Comment définissez-vous une région rurale? Depuis la fusion, la municipalité régionale de Halifax englobe une vaste région géographique qui comporte une zone rurale. Comment choisissez-vous la définition du terme « rural » que vous employez?

Mme White : La question est très pertinente. Nous prenons en compte les zones d'influence métropolitaines caractérisées par la distance de déplacement vers une région urbaine. Lorsque je mentionne Halifax ou Dartmouth, je parle de la région métropolitaine de recensement, dans laquelle 50 p. 100 de la population se rend à un moment donné au cours de la journée de travail. Dans une petite province, il y a moins d'espace géographique entre les noyaux urbains. En l'occurrence, le centre économique de la ville exerce une influence sur une superficie moins étendue.

Le sénateur Cordy : Dans le contexte de l'évolution démographique et d'une population vieillissante, nous avons eu de nombreuses discussions concernant les soins de santé, mais de nombreux autres problèmes se posent : le logement, le transport, les soins palliatifs, les soins à domicile, l'assurance-médicaments, etc. Avons-nous suffisamment de données pour apporter à nos politiques des changements à long terme dans l'intérêt des personnes âgées? Avons-nous suffisamment d'information, ou y a-t-il des lacunes?

Mme White : Nous devons nous fier aux enquêtes que nous faisons pour recueillir l'information. Pour ce qui est du manque de données pour chacun de ces éléments, je ne suis probablement pas la meilleure personne pour répondre à votre question étant donné que mon champ de spécialité est plutôt la démographie, par opposition à la santé ou à la situation économique des aînés.

Il y a à Statistique Canada des fonctionnaires qui pourraient aborder ces questions spécifiques. Ils pourraient vous donner des réponses nuancées en ce qui concerne l'assurance-médicaments ou l'abordabilité des logements.

Mr. Spencer: The rural-urban move is strong. It is not especially related to population aging, but it exaggerates the effects associated with population aging in the departing areas, the smaller communities and rural areas. Indeed, it is a huge thing. It can revolutionize the characteristics of the population. In many smaller areas in the Atlantic region we are left with very old populations indeed. The median age can be 60, and even older in some of the small areas.

There are huge problems not only with health delivery, but also with education, because we end up with very small groups in school. The economies of scale that go with the provision of any service become serious. While that issue was not mentioned in my presentation, I agree that it is a serious concern.

On the matter of data gaps, yes, we have important data gaps, but the gap depends on precisely what question you want to address. Often once you define the question carefully and look to see what data is available to answer it, the data gaps are not as serious as we thought they were. The data gaps are question-specific.

Senator Johnson: Dr. Spencer, is it preferable that boomers work past 60 or 65, given that the statistics show that many of them have inadequate pensions? The boomers are the population that has had probably the best standard of living in the history of man. I know many people who have lived wonderful lives but they have not done a lot in terms of their future. It is as though we thought this standard of living would go on forever and everything would be fine until we perished at age 100.

You had a conference recently about an uncertain future, private pensions and insecurity in old age. Maybe these issues tie in together. You can probably tell me from your conference what would be best economically, given that people are healthy and can continue to work.

Mr. Spencer: As you realize, I come at this issue as an economist. From an economics point of view, my perspective on these things is that we would like to give people, at least from a public policy point of view, a choice of whether to continue working or to retire when they see themselves able to do so.

I emphasize that we do not want public policies that will induce people to retire earlier than they would otherwise have done. As well, we do not want people, because of public policies, to save less for retirement than they would if it were not for that public policy.

I will give you an example of what I have in mind. People receive the guaranteed income supplement, GIS, if their incomes are sufficiently low. If they are a low-income earner when they are

M. Spencer : La dynamique rurale/urbaine est forte. Elle n'est pas particulièrement reliée au vieillissement de la population, mais elle exacerbe les effets associés à ce vieillissement dans les régions de départ, les petites collectivités et les zones rurales. En fait, c'est un facteur d'une grande influence. Il peut révolutionner les caractéristiques de la population. Dans de nombreuses petites localités de la région Atlantique, il ne reste effectivement que des populations très âgées. L'âge médian peut être de 60 ans, et même plus, dans certaines petites communautés.

Cela pose des problèmes de taille pour ce qui est de fournir des services non seulement de santé, mais aussi d'éducation étant donné qu'on se retrouve avec un très petit nombre d'enfants dans les écoles. Les économies d'échelle nécessaires à la prestation de tout service commencent à poser un problème sérieux. Même si je n'ai pas mentionné cet aspect dans mon exposé, je conviens que c'est un sujet de préoccupation sérieux.

À propos des données dont nous disposons, des lacunes existent, mais elles dépendent précisément de la question que l'on aborde. Souvent, une fois que l'on a défini la question soigneusement, lorsqu'on fouille pour voir s'il existe des données disponibles pour y répondre, les lacunes ne sont pas aussi sérieuses qu'on le croyait. Le manque de données est donc propre à certaines questions.

Le sénateur Johnson : Monsieur Spencer, est-il préférable que les gens de la génération du baby-boom travaillent au-delà de 60 ou 65 ans, étant donné que les statistiques montrent qu'un grand nombre d'entre eux ont des pensions insuffisantes? Les membres de cette génération composent la population qui a sans doute joui du meilleur niveau de vie dans l'histoire de l'humanité. Mais si les gens ont vécu des vies formidables, ils n'ont pas fait grand-chose pour planifier leur avenir. C'est comme s'ils pensaient pouvoir maintenir ce niveau de vie sans problème indéfiniment, jusqu'à leur mort, à l'âge de 100 ans.

Récemment, vous avez organisé une conférence dont le thème était : les régimes de pension privés et l'insécurité au cours de la vieillesse — un avenir incertain. Ces questions sont peut-être liées. À la lumière des résultats de cette conférence, vous pouvez sans doute me dire ce qui serait préférable, d'un point de vue économique, étant donné que les gens sont en santé et peuvent continuer à travailler.

M. Spencer : Comme vous le savez, j'aborde cette question en tant qu'économiste. D'un point de vue économique, nous souhaiterions que la politique gouvernementale donne aux gens le choix de continuer à travailler lorsqu'ils se considèrent capables de le faire, ou de prendre leur retraite.

J'insiste sur un point : nous ne voulons pas de politiques publiques qui inciteraient les gens à prendre une retraite hâtive. En outre, nous ne voulons pas qu'en raison de politiques publiques, les gens épargnent moins pour leur retraite qu'ils ne le feraient autrement.

Je vais vous donner un exemple de ce que je veux dire. Les personnes dont le revenu est suffisamment bas reçoivent le Supplément de revenu garanti, le SRG. Les gagne-petit ne sont

working, they have little incentive to save for their old age because, if they do, they will not get the guaranteed income supplement. That is an example of bad policy.

Senator Johnson: It is at cross purposes.

Mr. Spencer: Another example that concerns me has to do with the incentives under the Canada Pension Plan. We can elect to receive retirement benefits under the Canada Pension Plan as young as age 60, or we can defer them to age 70, the normal age being defined as 65. If we take the benefits younger than age 65, we receive a reduced benefit, and the reduction is roughly in keeping with life expectancy on average.

If we opt to take them at an older age, we receive an increased benefit, but it does not increase as much as the loss in life expectancy after age 65. From a policy point of view, there is clearly some incentive built into the Canada Pension Plan not to defer benefits until after age 65 but rather to take them then.

Many incentives have been built into the private pension system that induce people to retire at particular ages where it makes no sense from a socio-economic point of view but clearly makes a great deal of sense from an individual's perspective. Why would teachers keep working if they have achieved the rule of 85, or whatever is required, have reached age 55, and if they continue working they might receive \$10 more a month than if they retire? It is not a matter of sensible policy, and it is certainly not a matter of sensible policy to induce teachers to quit at a younger age and then find that we have a shortage of classroom teachers. There are many examples of this sort of thing of which I am sure you are aware.

I think it important to identify areas where public policy provides perverse incentives.

The Chairman: We might want to look at this area. For example, the Alberta teachers' pension fund allows teachers not only to retire early but also, although they cannot collect their Canada Pension, the pension fund allows them to collect the full benefit and then collect a smaller amount for a couple of years after they are 60 to even it all out. As a result, there is a built-in incentive for teachers to retire as soon as they achieve 30 years, without necessarily being age 60, let alone 65. It is an issue.

Dr. Spencer, do you know how the OECD defines "health"? Like Dr. Keon, I have some problems with this 11 per cent. My concern comes not with the publicly funded health care system. My concern is with those things that are not covered by the public health system, as I know Senator Keon's is. My particular interest, obviously, has to do with palliative care. I know that by the year 2020 we will have a higher percentage of deaths every year. If we continue to provide palliative care for a maximum of 25 per cent of what we do now, that will increase to providing

guère motivés à économiser en vue de la vieillesse car s'ils le font, ils ne toucheront pas le supplément de revenu garanti. C'est un exemple d'une mauvaise politique.

Le sénateur Johnson : Elle va à l'encontre du but recherché.

M. Spencer : Les dispositions incitatives du Régime de pensions du Canada sont un autre exemple préoccupant. Nous pouvons choisir de recevoir les prestations de retraite du Régime de pensions du Canada dès l'âge de 60 ans, ou attendre à 70 ans, l'âge normal pour le faire étant défini comme étant 65 ans. La personne âgée de moins de 65 ans qui décide de se prévaloir de ce choix reçoit des prestations réduites. La réduction en question est plus ou moins axée sur l'espérance de vie en moyenne.

La personne qui décide d'attendre à un âge plus avancé reçoit des prestations accrues, mais celles-ci n'augmentent pas autant que l'espérance de vie diminue après l'âge de 65 ans. D'un point de vue politique, il est clair que le Régime de pensions du Canada incite les gens à ne pas retarder le moment de se prévaloir des prestations après l'âge de 65 ans, mais plutôt à les prendre dès qu'ils le peuvent.

Dans les régimes de pension privés, de nombreux incitatifs intrinsèques encouragent les gens à partir à la retraite à des âges spécifiques qui n'ont aucun sens du point de vue socio-économique, mais qui ont manifestement beaucoup de sens dans une perspective individuelle. Pourquoi les enseignants continueraient-ils à travailler après avoir satisfait à la règle de 85, ou peu importe ce qui est requis, après avoir atteint l'âge de 55 ans, si, en continuant à travailler, ils ne touchent que 10 \$ de plus par mois que s'ils étaient à la retraite? Ce n'est pas une politique intelligente. Ce n'est certainement pas une politique intelligente que d'inciter les enseignants à prendre leur retraite plus jeune pour ensuite se rendre compte qu'il y a une pénurie de professeurs. Il y a de nombreux exemples de ce genre que vous connaissez sûrement.

J'estime important d'identifier les domaines où la politique gouvernementale est source d'incitatifs pernicieux.

La présidente : Il faudrait peut-être que nous nous penchions là-dessus. Par exemple, la caisse de retraite des enseignants de l'Alberta permet à ses membres de prendre une retraite hâtive. Qui plus est, même s'ils ne peuvent recevoir les prestations du Régime de pensions du Canada, leur caisse de retraite leur permet de recevoir les prestations intégrales et, ensuite de toucher une somme un peu moindre pendant un an ou deux une fois qu'ils ont atteint 60 ans, pour équilibrer les choses. Résultat, le système encourage les enseignants à prendre leur retraite dès qu'ils ont accumulé 30 ans de service, sans nécessairement avoir 60 ans, et encore moins 65. C'est un problème.

Monsieur Spencer, savez-vous comment l'OCDE définit « la santé »? Tout comme le Dr Keon, ce 11 p. 100 me pose certains problèmes. Ce qui m'inquiète, ce n'est pas tellement le système des soins de santé financé par l'État proprement dit, mais plutôt les services qu'il ne couvre pas, et je sais que c'est aussi le cas du sénateur Keon. Évidemment, je m'intéresse particulièrement aux soins palliatifs. Je sais que d'ici l'an 2020, le pourcentage de décès annuels accusera une hausse. Si nous continuons de fournir des soins palliatifs pour un maximum de 25 p. 100 de ce que nous

palliative care for about 14 per cent, because of the increasing death rates we will experience. That is why I am interested in the definition of health.

Mr. Spencer: The definition of health expenditures in the OECD study was public expenditures. It was not concerned about private expenditures. However, it did include, for example, the portion of public expenditures on palliative care. Studies I have been associated with in Canada are mostly concerned with the public expenditure component. However, projecting the impact of continuing the existing public plans into the future and providing the same level of real expenditures and real service for people at each age-sex, to the extent that palliative care needs remain roughly the same, on average, for those aged 70, 74 and 79 years and so on, that would already be taken into account in the projections. The projections show clearly, and many people have reached the same conclusion, that health care expenditures would not increase as rapidly as GDP, for example, in consequence of population aging. That might be overstating it. It would not be a lot more than GDP, and it would be offset by other reductions in government budgets.

The Chairman: I do not think that we could have asked for a better group of individuals to start our discussion of Canada as an aging society, so I want to thank Ms. White, Mr. Martel and Dr. Spencer for their presentations this afternoon.

Honourable senators, you have before you a budget for the balance of this fiscal year, for \$25,100. If you look at the detailed expenditures, for example, the meals, part of the reason for that, senators, is that I moved the meeting back a half hour because three of us have another committee at four o'clock, and I wanted to make sure that we were finished by 3:30 so that three of us would have breathing room for at least half an hour. There are hospitality expenses and conference fees in case there is an aging conference of some kind that comes up between now and March 31, but I have not identified one. Consultant fees are \$10,000, and I want to be clear that I am recommending we hire Michelle McDonald as our consultant to this committee. The reason for that is she has been deeply engaged with me on the preparation of this study and, as a result, has done considerable research in the field. She has gone to several conferences on my behalf. She was also with me when I went to the Madrid Conference on Ageing, and prepared my remarks for the Federal-Provincial-Territorial Meeting of Ministers responsible for Seniors. I want to be clear as to who I included there so there were no surprises.

I think everything else is perfectly straightforward. Are there any objections? Could I have a motion then?

Senator Keon: I so move.

faisons maintenant, on se trouvera à augmenter d'environ 14 p. 100 les soins palliatifs compte tenu des taux de décès croissants que nous connaissons. Voilà pourquoi je m'intéresse à la définition de la santé.

M. Spencer : Dans l'étude de l'OCDE, on définissait les dépenses de santé comme étant des dépenses publiques. Il n'était pas question des dépenses privées. Toutefois, cela englobait, par exemple, la portion des dépenses publiques consacrées aux soins palliatifs. Les études auxquelles j'ai participé au Canada s'intéressent majoritairement à la composante des dépenses publiques. Cependant, pour ce qui est de prévoir l'incidence du maintien des régimes publics existants à l'avenir tout en conservant le même niveau de dépenses réelles et de services réels pour les personnes de chaque groupe d'âge et de sexe, dans la mesure où les besoins en soins palliatifs demeurent approximativement les mêmes en moyenne pour les personnes âgées de 70, 74 et 79 ans, et ainsi de suite, cela aurait déjà été pris en compte. Les projections montrent clairement — et de nombreux analystes sont arrivés à la même conclusion — que les dépenses de santé n'augmenteraient pas aussi rapidement que le PIB, par exemple, par suite du vieillissement de la population. Mais c'est peut-être une exagération. Les dépenses ne dépasseraient pas énormément le PIB, et elles seraient contrebalancées par d'autres réductions dans les budgets gouvernementaux.

La présidente : À mon avis, nous n'aurions pas pu demander à un meilleur groupe de personnes de donner le coup d'envoi à notre discussion sur le Canada en tant que société vieillissante, et je veux remercier Mme White, M. Martel et M. Spencer de leurs exposés cet après-midi.

Honorables sénateurs, vous avez devant vous un budget de 25 100 \$ pour le reste de l'exercice financier. Je vous invite à examiner les dépenses détaillées, par exemple les repas... Si j'aborde le sujet maintenant, honorables sénateurs, c'est que j'ai avancé la séance d'une demi-heure parce que trois d'entre nous avons un autre comité à 16 heures. Je voulais m'assurer que nous ayons terminé à 15 h 30 pour que nous ayons au moins une demi-heure pour souffler. Des dépenses d'hospitalité et des frais d'inscription sont prévus au cas où une conférence quelconque sur le vieillissement aurait lieu d'ici le 31 mars, mais je n'en ai identifié aucune. Les honoraires de consultant s'élèvent à 10 000 \$ et je veux qu'il soit clair que je recommande l'embauche de Michelle McDonald à titre de consultante pour le comité. La raison en est qu'elle a énormément travaillé avec moi à la préparation de cette étude et, pour ce faire, elle a effectué des recherches très fouillées dans le domaine. Elle a assisté à plusieurs conférences en mon nom. Elle m'a aussi accompagnée à la conférence sur le vieillissement tenue à Madrid et elle a rédigé mon allocution pour la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres responsables des aînés. Je voulais mentionner nommément la personne que je voulais inclure à ce titre pour qu'il n'y ait pas de surprise.

Je pense que tout le reste est parfaitement clair. Y a-t-il des objections? Dans ce cas, puis-je avoir une motion?

Le sénateur Keon : J'en fais la proposition.

The Chairman: It is moved that this committee concur in the following budget application for the purpose of its special study on aging, and that the chair submit the said budget to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration for approval; professional and other services, \$15,600; transportation and communication, \$9,000; all other expenditures \$500, for a total of \$25,100. All those in favour?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The motion is carried.

Honourable senators, we are fortunate this afternoon to have Carole Lafontaine, who is the Acting CEO of the National Aboriginal Health Organization. With Ms. Lafontaine is Mark Buell, Manager of Policy/Communications Unit. We also have Robert Dobie, Acting Chair, and Margaret Gillis, Director, from the National Advisory Council on Aging. As an individual, we have Douglas Durst, Professor, Faculty of Social Work at the University of Regina.

Carole Lafontaine, Acting Chief Executive Officer, National Aboriginal Health Organization: I am a member of the Metis Nation of Ontario, and accompanying me is Mark Buell, Manager of Policy and Communications Unit at NAHO.

NAHO appreciates the opportunity to appear before this newly formed Senate committee on aging to provide you with a general overview of some key characteristics of the current health status of Aboriginal seniors. For additional details, you can refer to the deck that was provided in the kit that we presented to the committee. We will also provide Aboriginal population projections that carry important implications for future policy and program development.

NAHO fosters an understanding of health that incorporates the mental, physical, emotional and spiritual components of the self. We view the social determinants of health as crucial to understanding health status. Socio-economic indicators add to the complex interaction of the broad social determinants that impact Aboriginal health status.

Inuit, Metis, and First Nations communities continue to face critical housing shortages, high rates of unemployment, lack of access to basic health services, and low levels of education attainment, all of which affect both life expectancy and quality of life in senior years.

Current life expectancy for Aboriginal men is 68.9 years versus 77.2 years for Canadian men, almost an eight-year difference. The current life expectancy of Aboriginal women is 76.3 years versus 82.1 years for Canadian women, almost a six-year difference.

La présidente : Il est proposé que le comité approuve le budget proposé pour son étude spéciale sur le vieillissement et que la présidente soumette ce budget au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration afin d'obtenir son approbation : services professionnels et spéciaux : 15 600 \$; transports et communications : 9 000 \$; et autres dépenses : 500 \$, pour un total de 25 100 \$. Tous ceux qui sont en faveur?

Des voix : D'accord.

La présidente : La motion est adoptée.

Honourables sénateurs, nous avons le plaisir d'accueillir cet après-midi Mme Carole Lafontaine, présidente-directrice générale intérimaire de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Elle est accompagnée de M. Mark Buell, gestionnaire, Politique et communications. Nous recevons aussi M. Robert Dobie, président intérimaire, et Mme Margaret Gillis, directrice, du Conseil consultatif national sur le troisième âge. Et, à titre personnel, nous avons M. Douglas Durst, professeur à la Faculté de travail social de l'Université de Regina.

Carole Lafontaine, présidente-directrice générale intérimaire, Organisation nationale de la santé autochtone : Je suis membre de la nation métisse de l'Ontario, et je suis accompagnée de Mark Buell, gestionnaire de la politique et des communications à l'ONSA.

L'ONSA est heureuse de pouvoir faire une présentation auprès de ce nouveau comité du Sénat sur le vieillissement afin de vous donner un aperçu général de certaines caractéristiques importantes de l'état de santé actuel des aînés autochtones. Pour de plus amples détails, vous pouvez vous reporter aux documents fournis dans la trousse que nous avons remise au comité. Nous fournirons également des projections relatives à la population autochtone qui risquent d'avoir une grande portée sur l'élaboration future des politiques et des programmes.

L'ONSA privilégie une approche de la santé qui comprend les éléments constitutifs de chaque personne : mental, physique, affectif et spirituel. Selon nous, les déterminants sociaux de la santé sont essentiels à la compréhension de l'état de santé. Les indicateurs socio-économiques ajoutent à l'interaction complexe des grands déterminants sociaux qui ont des répercussions sur l'état de santé des Autochtones.

Les collectivités inuites, métisses et des Premières nations sont toujours confrontées à de graves pénuries de logements, à des taux de chômage élevés, à un accès insuffisant aux services de santé de base, ainsi qu'à une faible scolarisation; tous ces facteurs ont un effet à la fois sur l'espérance de vie et sur la qualité de vie pendant la vieillesse.

À l'heure actuelle, l'espérance de vie des hommes autochtones s'élève à 68,9 ans par rapport à 77,2 ans pour les hommes canadiens, soit une différence de près de huit ans. Pour ce qui est de l'espérance de vie actuelle des femmes autochtones, elle s'élève à 76,3 ans par rapport à 82,1 ans pour les femmes canadiennes, soit un écart de près de six ans.

Over 1 million people in Canada identify as Aboriginal, representing 3.3 per cent of the overall population: 62 per cent are First Nations, 30 per cent are Métis and 5 per cent are Inuit.

It is important to note that a pan-Aboriginal approach is not effective, since First Nations, Inuit and Métis have contextually specific realities that are influenced by such determinants as language, geography, and culture.

For example, geography determines access to services such as health care, food and nutrition, recreation and housing. As an example, Inuit in Rankin Inlet have unique needs compared to Métis in Edmonton.

Policy construction and program delivery must be informed by specific data that captures the need according to First Nations, Inuit and Métis realities.

The following are examples. Because many Inuit seniors are unilingual, they have special difficulties in acquiring and understanding health and service information, which is generally in English.

Regarding housing, Inuit seniors are especially affected, as they must live either within their children's multi-generation crowded homes or have other family members move into their small subsidized residences. Inuit seniors in Northern Canada live within a fragile infrastructure which impacts on housing, and the high cost of living threatens their already minimal income.

Currently, minimal population health or surveillance data is available about Métis seniors. Based upon available census data, we know the health status of Métis is poorer than that of the non-Aboriginal population. For example, one in five Métis report arthritis or rheumatism, in comparison to one in ten in the non-Aboriginal population.

Statistics Canada advises that Métis population growth in recent years is affected more by non-demographic factors such as growing pride in Métis identity, various court decisions, government policy changes, and possible improvements in census coverage than by demographic factors of fertility and mortality.

The mental, physical, spiritual and emotional health of First Nations seniors is impacted directly by various levels of trauma experienced in residential schools; many of the First Nations seniors are residential school survivors.

First Nations seniors report suffering from a variety of concurrent, long-term health conditions such as arthritis, rheumatism, high blood pressure, asthma and heart disease. Additionally, type 2 diabetes is also a cause of significant concern in elderly First Nations people.

Au Canada, plus d'un million de personnes s'identifient comme Autochtones; elles représentent 3,3 p. 100 de la population : 62 p. 100 font partie des Premières nations, 30 p. 100 sont Métis et 5 p. 100 sont Inuits.

Les approches s'adressant à tous les Autochtones sans distinction ne sont pas efficaces. Les Premières nations, les Inuits et les Métis ont des réalités qui leur sont propres et qui sont influencées par des déterminants tels que la langue, la géographie et la culture.

Ainsi, la géographie détermine l'accessibilité des services tels que les soins de santé, les aliments et la nutrition, les loisirs et le logement, ce qui fait que les Inuits de Rankin Inlet ont des besoins qui se distinguent de ceux des Métis d'Edmonton, par exemple.

L'élaboration des politiques et la prestation des programmes doivent s'effectuer à partir de données précises qui reflètent les besoins selon les réalités des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Voici quelques exemples. Étant donné que plusieurs aînés inuits sont unilingues, ils éprouvent des difficultés particulières à se procurer des renseignements sur la santé et les services et à les comprendre, ces renseignements étant habituellement offerts en anglais.

Pour ce qui est du logement, les aînés inuits sont particulièrement touchés puisqu'ils doivent vivre dans les maisons multigénérationnelles et bondées de leurs enfants, ou encore accepter de partager leurs petites résidences subventionnées avec des membres de la famille. Les aînés inuits du Nord canadien habitent au sein d'une infrastructure fragile, ce qui a des répercussions sur le logement, tandis que le coût de la vie élevé amenuise un revenu déjà faible.

À l'heure actuelle, il n'existe qu'un minimum de données de surveillance ou de données sur la santé de la population qui concernent les aînés métis. En se référant aux données du recensement, on sait que l'état de santé des Métis est moins bon que pour la population non autochtone. Ainsi, un Métis sur cinq souffre d'arthrite ou de rhumatisme alors que la proportion est de un sur dix chez les non-Autochtones.

Statistique Canada signale que, ces dernières années, la croissance de la population s'identifiant aux Métis tient davantage de facteurs non démographiques tels qu'une recrudescence de la fierté dans l'identité métisse, diverses décisions rendues par les tribunaux, des modifications apportées aux politiques gouvernementales, ainsi qu'une couverture possiblement améliorée du recensement, plutôt que de facteurs démographiques liés à la fertilité et à la mortalité.

La santé mentale, physique, spirituelle et affective des aînés des Premières nations est touchée directement par le traumatisme subi dans les écoles résidentielles; plusieurs aînés des Premières nations sont des survivants des écoles résidentielles.

Les aînés des Premières nations signalent qu'ils souffrent de différents problèmes de santé concomitants et à long terme tels que : arthrite/rhumatisme, hypertension, asthme et maladie du coeur. De plus, le diabète de type II est très préoccupant chez les personnes âgées issues des Premières nations.

Initiatives aimed at improving the health of the Aboriginal population requires the consideration of the key demographic characteristics and trends over time. Healthier First Nations, Inuit and Metis people translates into fewer burdens on the health care system.

Current statistical data projects that by 2026 the percentage of Aboriginal seniors will triple. While we must strive for optimal conditions for the general senior population in Canada, the vulnerable health of Aboriginal seniors requires specific attention, with interventions that are culturally appropriate.

When observing the current Aboriginal population distribution by age, it is evident that the number of Aboriginal people who will live to be seniors will grow over time. Projections into the future require immediate attention and long-term investment in the health of individuals throughout their lifespan, and investments in community infrastructure to meet those demands in the next 10 to 25 years.

Aboriginal communities, their organizations, researchers and policy architects have the responsibility to collaborate on developing initiatives and meaningful options for healthy aging indicators and targets. These options must be responsive to geography, culture, gender and income.

The board of directors and staff at NAHO would like to thank you for this opportunity to contribute to the work of the Special Senate Committee on Aging. If NAHO can be of future assistance to the committee and their mandate, please do not hesitate to contact us.

Robert Dobie, Acting Chair, National Advisory Council on Aging: The National Advisory Council on Aging, NACA, is pleased to present this brief. NACA's mandate is to advise the Minister of Health on all matters relating to aging of the Canadian population and the quality of life of seniors.

For more than 25 years, NACA has endeavoured to bring the issue of population aging to the attention of the federal government and to the people of Canada. The council develops recommendations that are grounded in the most recent research, and that are balanced, credible and mindful of seniors' input.

Recently, NACA released its 2006 report card on seniors in Canada, of which you have been given a copy. The report card looks at how well Canadian seniors are doing in five key areas: health status, health care system, economic situation, living conditions and participation in society. The overall grade of the five questions under study was a **B**, which means that improvements are still needed. However, improvements have been made over the last number of years.

Les initiatives visant à améliorer la santé de la population autochtone passent nécessairement par l'étude des caractéristiques démographiques clés et des tendances qui se manifestent au fil du temps. Une meilleure santé de la population autochtone signifie un allègement du fardeau des systèmes de soins de santé.

Des données statistiques actuelles indiquent que d'ici à 2026, le pourcentage des aînés autochtones aura triplé; bien que nous devons nous efforcer d'obtenir des conditions optimales pour la population âgée du Canada, l'état de santé précaire des aînés autochtones nécessite une attention particulière, des interventions qui tiennent compte des différences culturelles.

Lorsqu'on observe la répartition actuelle de la population autochtone selon l'âge, il est évident que le nombre d'Autochtones joignant les rangs des aînés s'accroîtra au fil du temps. Les prévisions pour l'avenir suggèrent fortement que des investissements immédiats et à long terme doivent être effectués dans la santé des personnes au cours de leur vie, de même que dans les infrastructures des collectivités afin de répondre aux besoins des 10 à 25 prochaines années.

Les collectivités autochtones, leurs organismes, les chercheurs et les concepteurs de politiques ont la responsabilité de collaborer à l'élaboration de solutions novatrices et pertinentes pour les indicateurs et les cibles du vieillissement en santé; ces solutions doivent tenir compte de la géographie, de la culture, du sexe et du revenu.

L'ONSA vous remercie de lui avoir offert l'occasion de contribuer au travail que vous accomplissez au comité du Sénat sur le vieillissement; nous vous souhaitons la meilleure des chances pour la réalisation de votre mandat. Si l'ONSA peut vous être utile, n'hésitez pas à communiquer avec nous; nous nous ferons un plaisir de vous aider dans votre travail.

Robert Dobie, président intérimaire, Conseil consultatif national sur le troisième âge : Le Conseil consultatif national sur le troisième âge, ou CCNTA, est heureux de présenter son mémoire. Le mandat du conseil consiste à aider et à conseiller le ministre de la Santé sur toutes les questions liées au vieillissement de la population canadienne et à la qualité de vie des aînés.

Depuis plus de 25 ans, le CCNTA s'efforce d'attirer l'attention du gouvernement fédéral et des Canadiens sur la question du vieillissement de la population. En s'inspirant des recherches les plus récentes, le conseil élabore des recommandations qui sont équilibrées, crédibles et sensibles à l'apport des personnes âgées.

Récemment, le CCNTA a publié son bulletin 2006 sur les personnes âgées au Canada. D'ailleurs, on vous en a remis un exemplaire. Ce bulletin est un bilan de la situation des personnes âgées dans cinq domaines clés : l'état de santé, le système des soins de santé, la situation économique, les conditions de vie et la participation à la société. La note globale attribuée pour les cinq paramètres à l'étude a été un **B**, ce qui signifie que des améliorations sont encore nécessaires. Toutefois, des progrès ont été enregistrés ces dernières années.

Although demographic aging will have profound consequences for our society, the changes will take place over several decades. Still, the great diversity of seniors suggests that considerable flexibility will be needed to adapt to population aging.

If we look at the older aging population and the newer aging population — for instance, the baby boomers that will become part of our membership soon — you will understand that these people are not a monolithic group of people. Seniors are not a monolithic group of poor, frail, sick or dependent persons. The age 65-plus group presents considerable diversity in terms of life experiences, economic status, health status and resources for independent living.

An increasing number of Canadians now live longer and in better physical and mental health, but the increased incidences of diseases such as diabetes and higher rates of obesity could change that picture. A male aged 65 today has a life expectancy of almost 18 more years; a female aged 65 today has a life expectancy of 21 more years, an incredible increase in averages over the last number of years.

Seniors generally continue to view their health in positive terms. In 2005, in our report, 74 per cent of seniors assessed their health as good, very good or excellent. On the other side of the coin, Aboriginal seniors, living off-reserve especially, were more likely to view their health status as fair or poor compared to Canadian seniors as a whole.

The major risk factors for poor health are low income, especially for many unattached older women, low education and literacy and social isolation. We presented a brief to the Status of Women committee a few weeks ago in which we state that, as a group, older single women are very fragile in our community.

Because the number of seniors is increasing, particularly in the 85-plus group, the prevalence of various diseases will increase in Canada, posing a number of challenges for health care. In 2005, 91 per cent of seniors reported having at least one chronic health condition. The most common problems are heart disease, arthritis, diabetes and dementia.

Also, did you know that every hour in Canada, an older person dies as a result of a fall? Close to 1 million seniors will experience at least one fall per year, and that fall causes 84 per cent of injury-related hospital admissions of seniors in Canada. An incredible amount of money — \$1 billion annually in direct health care costs — is a result of falls. It is important to note that evidence has shown that the causes and impacts of falls can be reduced.

Last month, I co-hosted a meeting with my provincial and territorial colleagues, in which we reaffirmed what seniors have been saying for many years, which is that health care and health are the most important issues. My colleagues and I released a

Le vieillissement démographique aura des conséquences profondes pour notre société, mais les changements s'étaleront sur plusieurs décennies. Néanmoins, la grande diversité de la population des aînés donne à penser qu'il faudra faire preuve d'une grande souplesse pour s'adapter à une population vieillissante.

Si l'on considère la population vieillissante antérieure et la nouvelle population vieillissante — par exemple, les baby-boomers feront sous peu partie de nos membres — vous comprendrez que ces personnes ne forment pas un groupe monolithique. Les aînés ne sont pas un ensemble monolithique de personnes pauvres, fragiles, malades ou dépendantes. Le groupe d'âge des 65 ans et plus présente une diversité considérable en termes d'expériences de vie, de situation économique, d'état de santé et de ressources permettant un mode de vie autonome.

Un nombre croissant de Canadiens vivent maintenant plus longtemps et en meilleure santé physique et mentale. Cela dit, l'incidence accrue de maladies comme le diabète et le taux croissant d'obésité pourraient modifier ce portrait. Aujourd'hui, un homme âgé de 65 ans a une espérance de vie de près de 18 années additionnelles; une femme âgée de 65 ans aujourd'hui a une espérance de vie de 21 ans de plus, ce qui représente une hausse incroyable des moyennes depuis les dernières années.

De façon générale, les personnes âgées continuent de voir leur santé en termes positifs. Dans notre rapport 2005, 74 p. 100 des aînés jugeaient leur santé bonne, très bonne ou excellente. En revanche, les aînés autochtones, particulièrement ceux qui vivent hors réserve, qualifiaient davantage leur état de santé de passable ou mauvais, comparativement à l'ensemble des aînés canadiens.

Les principaux facteurs de risque d'une mauvaise santé sont les suivants : un revenu faible, particulièrement pour de nombreuses femmes âgées seules, une alphabétisation déficiente, une faible scolarisation et l'isolation sociale. Il y a quelques semaines, nous avons présenté au comité de la condition féminine un mémoire dans lequel nous affirmons qu'en tant que groupe, les femmes âgées célibataires sont très fragiles dans notre collectivité.

Étant donné que le nombre des personnes âgées augmente, particulièrement dans le groupe des 85-plus, la prévalence de diverses maladies accusera une hausse au Canada, posant ainsi un certain nombre de défis au régime de soins de santé. En 2005, 91 p. 100 des aînés ont mentionné souffrir d'au moins une maladie chronique. Les problèmes les plus courants sont les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, le diabète et la démence.

En outre, saviez-vous qu'au Canada, une personne âgée meurt à toutes les heures des suites d'une chute? Près d'un million d'aînés font au moins une chute par année, et ces chutes causent 84 p. 100 des admissions des personnes âgées dans les hôpitaux pour cause de blessure. Les chutes coûtent des sommes colossales, soit un milliard de dollars par année en coûts de santé directs. Il importe de noter qu'il est prouvé que l'on peut réduire les causes et les conséquences des chutes.

Le mois dernier, j'ai coprésidé une réunion avec mes collègues provinciaux et territoriaux au cours de laquelle nous avons réitéré ce que les aînés répètent depuis de nombreuses années, soit que la santé et les soins de santé sont des enjeux prioritaires. Mes

statement indicating that we would work together to keep seniors' health issues at the forefront. We also emphasized the importance of recognizing the contribution of seniors to Canada's social fabric. This is why my presentation today is focused strongly on health issues.

NACA's recent analysis shows while there is room for improvement, the health care system serves the majority of seniors well, whether measured by access or quality of care. However, problems can develop quickly with seniors, and waiting times often aggravate benign conditions and increase the risk of hospitalization. This situation contributes to loss of autonomy, increased suffering and higher health costs.

Innovative ways of delivering health care, such as the extramural hospital model in New Brunswick, can contribute greatly to improved seniors' health. If you have not done so before, I strongly recommend inviting someone from New Brunswick. It is a worthwhile project to consider.

In addition, the health needs and metabolisms of seniors are different from younger adults. Sadly, training and education in geriatrics is lacking in Canada. In the year 2000, there were 144 geriatricians in Canada, although 481 were needed. By 2005, there were 191; an estimated 538 were needed.

I cannot overstress that an effective health system must place as much emphasis on health promotion as it does on health care. The causes of some serious conditions associated with aging will elude us, as will their prevention and treatment methods. However, many ill effects of chronic conditions associated with aging are avoidable.

Health promotion, including for the very old, can produce beneficial results. The prevention of falls, as well as changes in lifestyle, particularly with respect to physical activity and nutrition, must be given priority in promotion and prevention programs for the aging population.

Another emerging issue is emergency planning and preparedness. Natural and human-made disasters are occurring more frequently than ever. Recently, several high-profile disasters such as 9/11, the 2003 European heat wave, severe acute respiratory syndrome, SARS, tsunamis and hurricanes have opened many eyes and minds to similar potential threats. Here in Canada, we had the Manitoba floods, the flooding of the Saguenay a few years before and the famous ice storms in Quebec.

collègues et moi-même avons publié une déclaration dans laquelle nous nous sommes engagés à collaborer pour faire en sorte que les questions de santé qui préoccupent les aînés demeurent à l'avant-scène. Nous avons également souligné l'importance de reconnaître la contribution des personnes âgées au tissu social du Canada. Voilà pourquoi mon exposé d'aujourd'hui est fortement axé sur les questions de santé.

Selon l'analyse récente du conseil, même s'il y a place à l'amélioration, le système de santé sert bien la majorité des personnes âgées, que l'évaluation porte sur l'accès ou la qualité des soins. Toutefois, des problèmes peuvent se développer rapidement chez les personnes âgées et les délais d'attente aggravent souvent des conditions bénignes et augmentent le risque d'hospitalisation. Cette situation engendre la perte de l'autonomie, des souffrances accrues et des coûts de santé plus élevés.

De nouvelles façons de fournir des soins de santé, comme le modèle d'hôpital extramural au Nouveau-Brunswick, peuvent contribuer grandement à améliorer la santé des personnes âgées. Si vous ne l'avez pas encore fait, je vous recommande vivement d'inviter un représentant de cet établissement du Nouveau-Brunswick. C'est un projet fort valable qui mérite réflexion.

En outre, les besoins en matière de santé et les métabolismes des personnes âgées diffèrent de ceux des jeunes adultes. Malheureusement, l'éducation et la formation en gériatrie font cruellement défaut au Canada. En 2000, le Canada comptait 144 gériatres alors qu'on en aurait eu besoin de 481. En 2005, ils étaient 191, alors qu'on estimait les besoins à 538.

Je ne saurais trop insister sur le fait que pour être efficace, le système de santé doit mettre autant l'accent sur la promotion de la santé que sur les soins de santé. Les causes de certaines maladies graves associées au vieillissement nous échappent, de même que leur prévention et les méthodes de traitement. Toutefois, de nombreux effets néfastes de maladies chroniques associées au vieillissement sont évitables.

La promotion de la santé, y compris pour les personnes très âgées, peut produire des résultats bénéfiques. La prévention des chutes, de même que des changements dans le mode de vie, particulièrement en ce qui a trait à la nutrition et à l'activité physique, doivent recevoir une attention prioritaire dans les programmes de prévention et de promotion destinés à une population vieillissante.

Un autre enjeu fait surface : la protection civile. Les catastrophes naturelles et causées par l'homme surviennent plus fréquemment que jamais. Récemment, plusieurs catastrophes fortement médiatisées comme les attentats du 11 septembre, la vague de chaleur en Europe en 2003, le syndrome respiratoire aigu sévère, les tsunamis et les ouragans ont ouvert bien des yeux et des esprits à des menaces potentielles analogues. Ici au Canada, le Manitoba a connu des inondations, le Saguenay également quelques années auparavant et le Québec a été affligé par la célèbre tempête de verglas.

It is alarming that only last week, a report by the Ontario Medical Association and its pandemic plan indicated that those 85 years and over would not be considered a priority when it comes to treatment. This report is clearly a Charter issue. It is ageism at its worst.

Being a senior does not necessarily imply vulnerability. Seniors have a wealth of experience that often translates into valuable coping strategies for the entire community. NACA is pleased to note that Canada is taking a leadership role in ensuring that the needs of seniors are met during disasters.

Besides improving quality of life, disease prevention and health promotion not only makes good sense; it makes economic sense, in many cases. Unfortunately, federal resources invested in these areas have been woefully inadequate. Home care and home support services help people to maintain their independence, which is something seniors prize highly. Limited access to hospital and home care forces seniors to rely to a greater extent on families who assume 80 per cent of seniors' home care needs and pay for necessary services out of their own pockets.

Home care can be less costly, about one third the cost of institutional care, and can be more appropriate and more socially acceptable than institutional care. Real progress must be made toward the development of a national system of home care that is covered under the public health insurance system.

Canada's 2 million informal caregivers, many of whom are seniors themselves, also need support. The added responsibility of informal caregiving can lead to physical and mental exhaustion and have a detrimental effect on the health of caregivers. Lack of formal supports can lead to burn-out, causing caregivers to withdraw from caregiving. This withdrawal, in turn, can lead to higher rates of institutionalization for seniors. In any case, future generations of seniors cannot count on large families to provide personal care and will likely be more reliant on public services.

While virtually all seniors are covered by some type of prescription drug insurance, either public or private, the extent of this coverage varies significantly from province to province, leaving many seniors vulnerable to financial hardship. In its special report to the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada, NACA recommended that a national comprehensive publicly-insured or publicly-privately-insured prescription plan be established.

Approximately 7 per cent of all seniors and as many as 40 per cent of the very old, presently reside in long-term care facilities due to health problems. While future generations of

Chose alarmante, la semaine dernière seulement, dans son rapport incluant son plan de lutte contre les pandémies, l'Association médicale de l'Ontario a déclaré que les personnes de 85 ans et plus ne seraient pas considérées prioritaires pour recevoir un traitement. Ce rapport constitue manifestement une atteinte à la Charte. C'est un cas d'âgeisme flagrant.

Être une personne âgée n'implique pas nécessairement que l'on soit vulnérable. Les aînés sont riches d'une expérience qui peut souvent donner lieu à des stratégies de défense valables pour l'ensemble de la collectivité. Le conseil est heureux de noter que le Canada joue un rôle de chef de file pour ce qui est de garantir que l'on réponde aux besoins des personnes âgées en cas de catastrophes.

Certes, c'est une bonne idée d'améliorer la qualité de vie, la prévention des maladies et la promotion de la santé, mais cela est aussi bénéfique au plan économique, dans bien des cas. Malheureusement, les ressources investies dans ces domaines ont été jusqu'ici largement insuffisantes. Les soins à domicile et les services de soutien à domicile aident les gens à conserver leur indépendance, et c'est une chose à laquelle les personnes âgées tiennent beaucoup. L'accès limité aux hôpitaux et aux soins à domicile oblige les personnes âgées à compter dans une grande mesure sur leur famille. D'ailleurs, les familles assument 80 p. 100 des soins aux personnes âgées à domicile et paient de leurs propres poches les services nécessaires.

Les soins à domicile peuvent être moins coûteux — environ un tiers du coût des soins en établissement —, plus appropriés et mieux acceptés socialement que les soins en établissement. La mise sur pied d'un système national de soins à domicile financé par le système public d'assurance-santé doit progresser sérieusement.

Le Canada compte deux millions d'aidants naturels, dont un grand nombre sont eux-mêmes des personnes âgées. Ils ont eux aussi besoin de soutien. Prodiger des soins de façon informelle est une lourde responsabilité qui peut engendrer un épuisement physique et mental et avoir un effet préjudiciable sur la santé des dispensateurs. Le manque de mécanismes de soutien formels peut provoquer l'épuisement et amener les aidants à abandonner. Cet abandon peut ensuite se traduire par des taux élevés d'institutionnalisation des personnes âgées. Quoi qu'il en soit, les aînés des générations futures ne pourront compter sur de grosses familles pour leur prodiguer des soins personnels et ils dépendront vraisemblablement davantage des services publics.

Bien que la presque totalité des aînés soient protégés par une assurance-médicaments d'ordonnance quelconque, publique ou privée, l'ampleur de cette protection varie sensiblement d'une province à l'autre, laissant un grand nombre d'entre eux vulnérables aux difficultés financières. Dans le rapport spécial qu'il a présenté à la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada, le conseil a recommandé la création d'un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé.

Environ 7 p. 100 de tous les aînés, et jusqu'à 40 p. 100 des personnes très avancées en âge résident présentement dans des établissements de soins de longue durée à cause de problèmes de

seniors might be less prone to living in long-term care facilities, the sharp increase among very old seniors in years to come will place considerable pressure on long-term care systems. Increasingly, these facilities are called on to care for seniors who are older and sicker than they were in the past. The organization and funding of health care, as well as the hiring, training, and remuneration of health personnel, must adjust to this new reality.

There is also a need to develop alternatives to institutionalization such as supportive housing and assisted living. Supportive housing and assisted living can serve as an intermediate solution for seniors who require more care than is possible to provide at home, but less than that provided in extended care facilities. The lack of investment in social housing is another issue that must be considered. Many seniors cannot afford upscale private "adult lifestyle" or retirement homes. Seniors' housing developments should not focus on "the gold in the grey" only. Planning for an aging society calls for an intersectoral approach that combines health care, social services and housing. There are a number of good examples in Canada of integrating housing within a continuum of care for seniors.

Improvement in seniors' incomes between 1980 and today is one of Canada's true public policy success stories. In 1980, 21 per cent of seniors were "poor," but this figure is below 7 per cent today. This success is largely the result of the maturation of Canada's public pension system but, the OECD pointed out that a large public system matures only once. It is becoming clear that inequalities in retirement income will increase in the future. Right now, the economic well-being of some seniors continues to be at risk. In a 2005 paper called *Aging in Poverty in Canada*, NACA highlights causes and possible solutions to the plight of low-income seniors. Certain groups, among them older women, unattached seniors and immigrant seniors are at particular risk.

Most seniors enjoy good living conditions and many are mortgage-free. They generally have good access to transportation and feel free from the threat of crime. However, it remains important to increase funding for affordable housing units and for public transit in both rural and urban areas because housing and transportation are key to seniors' autonomy and social participation — two ingredients that benefit Canadian society as a whole. To overlook seniors is to overlook one of Canada's most precious natural resources.

santé. Même si les futures générations de personnes âgées seront sans doute moins enclines à vivre dans des établissements de soins de longue durée, l'augmentation prononcée du nombre de personnes très âgées au cours des années à venir exercera une pression considérable sur le système des soins de longue durée. De plus en plus, on demande à ces établissements de s'occuper d'ainés qui sont plus âgés et plus malades qu'ils ne l'étaient dans le passé. L'organisation et le financement des soins de santé, de même que l'embauche, la formation et la rémunération du personnel du milieu de la santé, doivent s'adapter à cette nouvelle réalité.

Il faut également trouver des solutions de remplacement à l'institutionnalisation des personnes âgées, comme les logements supervisés et l'aide à la vie autonome. Ces deux options peuvent constituer une solution intermédiaire pour les personnes âgées qui exigent davantage de soins qu'il n'est possible de leur en offrir à domicile, mais moins que ce qui leur est fourni dans les établissements de soins de longue durée. Le manque d'investissement dans le logement social est un autre problème à considérer. De nombreux aînés ne peuvent se permettre financièrement de résider dans des complexes privés haut de gamme accessibles aux adultes seulement ou dans des maisons de retraite. Les projets domiciliaires pour personnes âgées ne devraient pas viser uniquement la clientèle fortunée parmi cette population. Planifier une société vieillissante exige une approche intersectorielle qui combine les soins de santé, les services sociaux et le logement. Il y a au Canada de multiples exemples de logements intégrés offrant un continuum de soins aux personnes âgées.

La hausse du revenu des personnes âgées survenue entre 1980 et aujourd'hui est l'une des grandes réussites de la politique publique au Canada. En 1980, 21 p. 100 des aînés étaient « pauvres », mais aujourd'hui ce pourcentage est inférieur à 7 p. 100. Ce succès est largement attribuable à l'arrivée à maturité du régime public de pension du Canada, mais comme l'OCDE l'a signalé, un système public d'envergure n'arrive à maturité qu'une seule fois. Il devient évident que les inégalités au chapitre du revenu de retraite augmenteront à l'avenir. À l'heure actuelle, le bien-être économique de certains aînés continue d'être à risque. Dans un document publié en 2005 intitulé *Vieillir pauvre au Canada*, le conseil relève les causes du triste sort des personnes âgées à faible revenu et évoque des pistes de solution. Certains groupes, notamment les femmes âgées, les aînés vivant seuls et les aînés immigrants sont particulièrement à risque.

La plupart des aînés jouissent de bonnes conditions de vie et bon nombre d'entre eux n'ont pas d'hypothèque. Généralement, ils ont un bon accès aux modes de transport et ne se sentent pas menacés par la criminalité. Toutefois, il demeure important d'augmenter le financement d'unités de logement à prix modique et du transport en commun à la fois dans les régions rurales et urbaines. En effet, le logement et le transport représentent la clé de l'autonomie et de la participation sociale des personnes âgées — deux ingrédients bénéfiques pour l'ensemble de la société canadienne. Négliger les aînés, c'est négliger l'une des ressources naturelles les plus précieuses du Canada.

In conclusion, although Canadian seniors enjoy relatively good health and quality of life, we must not become complacent in addressing seniors' and aging issues. There are a number of bad news items when we look at specific areas. I noted the increased chronic disease and obesity, the urgent need for health promotion strategies for seniors, the lack of geriatricians in our health care system, continued low-income for certain categories of seniors and the need for more affordable housing options. It is my hope that we can work together to address these issues.

Douglas Durst, Professor, Faculty of Social Work, University of Regina, as an individual: I am honoured to be here today. I was sitting in the gallery listening to the previous speakers and I became fidgety because I took exception to some of the things said. I want to review them with you. I am a teacher in the Faculty of Social Work, so I come from a social research perspective. My research in the area of both Aboriginal persons and immigrants, shows that immigration and visible minorities in our aging population has been overlooked. There has been little research and little discussion about it.

First, I heard it said in the previous session that immigration does not have much impact on aging but, in fact, our immigrants are here and they are aging. There are two groups of immigrants in Canada: those who settled here when young, in the 1980s during high years of immigration, and this group is now aging; and those who were brought to Canada with family reunification. That aging population is significant.

You would be surprised to learn that the highest percentage of immigrants over the age of 75 in any city in Canada is in the city of Regina. Almost 50 per cent of the over-75 population in the city of Regina, Saskatchewan, is foreign-born, being mostly Ukrainian and German. That group has an impact in that it creates a culture around aging in Regina that includes some and excludes others. That is one point I would like to make.

The other point is on the way in which the statisticians aggregated the data and lumped groups together. They used 65 and up as the group of seniors. That age of 65 years was determined by Otto von Bismarck some 100 years ago as an age to which people naturally live, so that is the year we set for retirement.

Most of the literature talks about three groups. The first group is those from 65 to 75 years — the young old — who are healthy, fit and reasonably affluent. They want to travel and do things and are still in a creative and productive period of their lives. The second group is those from 75 to 85 years of age — the middle old — who are slowing down and are more interested in tending to their gardens and spending time with grandchildren. They have

En conclusion, même si nos aînés sont relativement en bonne santé et jouissent d'une bonne qualité de vie, il faut néanmoins se soucier de régler les problèmes des personnes âgées et du vieillissement. Dans des domaines spécifiques, on note un certain nombre de mauvaises nouvelles. J'ai cité, entre autres, la multiplication des maladies chroniques et l'augmentation de l'obésité, l'urgence d'adopter des stratégies de promotion de la santé à l'intention des aînés, le manque de gériatres dans notre système de soins de santé, l'insuffisance permanente des revenus de certaines catégories de personnes âgées et la nécessité d'élargir la gamme des logements disponibles. J'espère que nous pourrions collaborer ensemble pour résoudre ces problèmes.

Douglas Durst, professeur, Faculté de travail social, Université de Regina, à titre personnel : Je suis honoré d'être ici aujourd'hui. Assis dans l'auditoire, j'écoutais les intervenants précédents et j'attendais impatiemment mon tour parce que je veux réfuter certains de leurs arguments. Permettez-moi de les passer en revue avec vous. En tant que professeur à la Faculté de travail social, j'adhère à une perspective sociale. Mes travaux de recherche sur les Autochtones et les immigrants révèlent que les Canadiens âgés issus de l'immigration et des minorités visibles sont négligés. Il y a d'ailleurs eu peu de recherche et peu de discussion à ce sujet.

Premièrement, un membre du groupe précédent a déclaré que l'immigration n'avait guère de retentissement sur le vieillissement, mais en fait, nos immigrants sont ici et ils prennent de l'âge. Il y a deux groupes d'immigrants au Canada : ceux qui se sont établis ici jeunes, soit dans les années 80, qui ont marqué un sommet en matière d'immigration, et c'est ce groupe qui prend maintenant de l'âge; et ceux qui sont arrivés au Canada dans le cadre de la réunification de la famille. Cette population vieillissante est considérable.

Vous serez étonnés d'apprendre que de toutes les villes canadiennes, c'est Regina qui compte le plus fort pourcentage d'immigrants âgés de plus de 75 ans. Près de la moitié de la population de plus de 75 ans de la ville de Regina, en Saskatchewan, est née à l'étranger. La plupart de ces immigrants sont d'origine ukrainienne et allemande. Ce groupe a une incidence sociétale en ce sens qu'il crée autour du vieillissement à Regina une culture qui inclut certaines personnes et qui en exclut d'autres. Voilà un argument que je tenais à présenter.

Mon autre argument concerne la façon dont les statisticiens procèdent à l'agrégation des données et réunissent ensemble les groupes. Dans le groupe des personnes âgées, ils englobent les personnes de 65 ans et plus. Ce paramètre a été inventé par Otto von Bismarck il y a une centaine d'années car c'était alors l'âge correspondant à l'espérance de vie naturelle. Voilà pourquoi on en a fait l'âge de la retraite.

Dans la majorité des ouvrages pertinents, il est question de trois groupes. Premièrement, les aînés de 65 à 75 ans — les jeunes vieux —, qui sont en santé, en forme et plutôt à l'aise financièrement. Ces aînés veulent voyager et s'adonner à des activités. Ils sont encore dans une phase créative et productive de leur vie. Le deuxième groupe est constitué des gens de 75 à 85 ans — les vieux du groupe intermédiaire — qui ralentissent le rythme

some money and resources but are beginning to watch how they spend and they are less interested in travel and making major purchases. The third group is those 85 years of age and over into their 90s — the frail old — who have special social and physical needs. Some of those you are familiar with.

The statisticians aggregate the data by not thinking about those populations and the great differences. The difference between a 65-year-old and a 90-year-old is 25 years.

There is a difference between someone who is 25 and someone who is 50. Why put those two people together in the same category? Their needs are different, and we need to think differently about those groups.

When I looked around this afternoon at today's meeting, I did not see many visible minorities. In fact, you are the first person to arrive that is of a visible minority. That is an interesting dynamic, because when you walk the streets of Ottawa, Toronto, and even the streets of Regina, there are vast visible minorities in our population.

There is little comparative research in mainstream society and ethnic groups, or between the ethnic groups. There is the danger of applying models and aggregating data from different groups as a form of reductionism, which invites generalizations and assumptions that may be false or misleading. For example, the role of the family as an emotional, social support may look different between groups and within the categories.

I have presented a table here and a brief paper. I was not sure whether to focus my discussion on Aboriginal persons or whether to focus it on immigrants, but I will share information collected on the immigrant population.

Almost 19 per cent of the immigrant population in Canada is over 65, and this number is much higher than the national average of 12.2 per cent. When I say "immigrants," I am talking foreign born. Almost 31 per cent of the immigrants from Europe are over 65. European immigrants are an aging population. The senior population from eastern Asia, mostly Hong Kong, China and Taiwan, is 13 per cent of total immigrants of this region. The number of immigrants from East Asia, China, Hong Kong and Taiwan, is higher than, or close to, the national average. Caribbean immigrants are also older than other immigrant groups and are closer to the national average, at around 11 per cent or 12 per cent. The assumption that immigrants are young is not supported. Canada has the larger number of immigrants from diverse backgrounds, and the senior population in fact mirrors the Canadian mosaic. By percentage, the youngest group of immigrant seniors is from Central American and South America, at 6.7 per cent, and Africa and Southeast Asia, Thailand, Lao and Vietnam are still fairly young, at around 8 per cent. However, since many Southeast Asians came to Canada as refugees during the American war in Vietnam, their

et préfèrent jardiner et passer du temps avec leurs petits-enfants. Ils ont encore de l'argent et des ressources, mais ils commencent à surveiller leurs dépenses, et ils sont moins enclins à voyager et à faire des acquisitions importantes. Le troisième groupe, constitué des aînés de 85 à 90 ans et plus — les vieillards frêles — ont des besoins physiques et sociaux spéciaux. Vous connaissez bien certains d'entre eux.

Les statisticiens réunissent les données sans penser à ces diverses populations et à leurs grandes différences. Il y a un écart de 25 ans entre un aîné de 65 ans et un aîné de 90 ans.

Il y a une différence entre un adulte de 25 ans et un autre de 50 ans. Pourquoi mettre ces deux personnes dans la même catégorie? Leurs besoins sont différents, et nous devons adopter un schéma de pensée différent à l'égard de ces groupes.

Lorsque j'ai regardé autour de moi cet après-midi en arrivant à la réunion, je n'ai pas vu un grand nombre de personnes des minorités visibles. En fait, vous êtes la première personne d'une minorité visible qui se présente. C'est une dynamique intéressante car lorsqu'on déambule dans les rues d'Ottawa, de Toronto et même de Regina, les personnes de minorités visibles sont présentes en grand nombre dans notre population.

Il existe peu de travaux de recherche comparée entre la population en général et les groupes ethniques, ou entre les groupes ethniques eux-mêmes. Il est dangereux d'appliquer des modèles et de réunir ensemble des données relatives à différents groupes. En effet, cela traduit un certain réductionnisme qui invite à des généralisations et à des hypothèses qui peuvent se révéler fausses ou trompeuses. Par exemple, le rôle de la famille en tant que dispensatrice de soutien émotif et social peut être perçu différemment d'un groupe à l'autre et au sein des catégories.

J'ai présenté un tableau et un bref mémoire. Je ne savais pas trop si je devais axer mes observations sur les Autochtones ou sur les immigrants, mais je partagerai avec vous l'information que j'ai recueillie sur la population immigrante.

Près de 19 p. 100 de la population immigrante au Canada a plus de 65 ans, un pourcentage qui est supérieur à la moyenne nationale de 12,2 p. 100. Lorsque j'emploie le terme « immigrants », je parle de personnes nées à l'étranger. Près de 31 p. 100 des immigrants en provenance d'Europe sont âgés de plus de 65 ans. Les immigrants européens constituent une population vieillissante. La population des aînés originaires de l'Asie de l'Est — surtout de Hong Kong, de la Chine et de Taiwan —, représente 13 p. 100 de la totalité des immigrants de la région. Le pourcentage des immigrants de l'Asie de l'Est, de la Chine, de Hong Kong et de Taiwan est plus élevé que la moyenne nationale, ou s'en rapproche. Les immigrants des Antilles sont aussi plus âgés que les autres groupes d'immigrants et se situent très près de la moyenne nationale, avec un pourcentage d'environ 11 ou 12 p. 100. L'hypothèse voulant que les immigrants soient jeunes n'est pas étayée. Le Canada compte le plus grand nombre d'immigrants d'origines diverses, et la population des aînés est en fait le reflet de la mosaïque canadienne. Question pourcentage, le plus jeune groupe d'immigrants âgés est originaire d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, à 6,7 p. 100, et le groupe

senior population is expected to grow. Those people came here in the 1970s and 1980s as young adults, and now they approach senior population at age 65.

Of the total senior population, 28 per cent are immigrants. Of all the seniors in Canada, persons over 65, 28.4 per cent are immigrants. That number is up from 16.9 per cent in 1981. In the past 25 years, there has been a dramatic change in the senior population among immigrants. Of all seniors, 19.4 per cent, close to 20 per cent, are from Europe. However, immigrant patterns from Asia show that 5.4 per cent, or 1 in 20 seniors in Canada, are Asian. Overall, 7.2 per cent of Canada's senior population are a visible minority. That increase in the past ten years is significant.

What does that mean? As this population comes through the system, they will have different needs and different expectations. They will put different pressures on our health care system, our social systems, our financial institutions and so on.

Adrienne Clarkson turned 65 during the last year or so of her term. She grew up in Canada, and her needs and expectations are different. At the universities, expanded in Canada in the 1970s, they hired a lot of faculty from diverse populations. They are all reaching retirement age, and they have different expectations and ideas. They will be good at demanding services. The population of seniors that is a small group is not so small when you put the two groups together: the 40 to 65 age group is a large group, and in 10 or 15 years, they will all be in the senior category. In the senior category, if they aged here, they will have an idea of what is available and there will be demand for their own services. Whether we want parallel services such as Chinese nursing homes or integrated services will depend upon the region of Canada and the needs of the particular group.

For families who have emigrated to Canada and brought over their senior parents to care for their children, the parents are taken care of by their family, but when they enter the health care system they have been in their families for a long time. They enter the health care system late, they are unhealthy and they have extensive health care needs. Reaching that population of family reunification immigrants and making sure they get adequate support and care while they are still in their family, is one method whereby we can make sure they have a high standard of life, high quality of life, and, in fact, will have less demand on the services later.

originaires d'Afrique, d'Asie du Sud-Est, de Thaïlande, du Laos et du Vietnam est aussi formé de gens assez jeunes, avec un pourcentage de 8 p. 100 environ. Toutefois, étant donné qu'un grand nombre de Canadiens originaires de l'Asie du Sud-Est sont venus ici en tant que réfugiés pendant la guerre des États-Unis au Vietnam, on s'attend à ce que leur population de personnes âgées connaisse une hausse. Ces immigrants sont arrivés ici dans les années 70 et 80 en tant que jeunes adultes, et ils approchent maintenant l'âge de 65 ans, c'est-à-dire l'âge de s'intégrer à la population des aînés.

Les immigrants constituent 28 p. 100 de la population totale des aînés. Parmi tous les aînés du Canada, soit les personnes de plus de 65 ans, 28,4 p. 100 sont des immigrants. Ce pourcentage est en hausse puisqu'il s'élevait à 16,9 p. 100 en 1981. Au cours des 25 dernières années, un changement radical s'est produit dans la composante immigrante de la population âgée. En effet, 19,4 p. 100, soit près de 20 p. 100, de la totalité des personnes âgées sont originaires d'Europe. Toutefois, les courbes d'immigration en provenance de l'Asie montrent que 5,4 p. 100, soit une personne âgée sur 20 au Canada, est asiatique. Au total, 7,2 p. 100 de la population âgée au Canada sont issus d'une minorité visible. Une telle augmentation en l'espace de dix ans est considérable.

Qu'est-ce que cela signifie? Lorsque cette population entrera dans le système, elle aura des besoins et des attentes différents. Elle exercera des pressions différentes sur notre système de soins de santé, nos organismes sociaux, nos institutions financières et ainsi de suite.

Mme Adrienne Clarkson a eu 65 ans au cours de la dernière année de son mandat. Comme elle a grandi au Canada, ses besoins et ses attentes sont différents. Dans les universités, qui ont connu une expansion au Canada dans les années 1970, on a embauché énormément de professeurs de diverses populations. Ils sont tous maintenant au seuil de la retraite, et ils ont tous des attentes et des idées différentes. Ils n'hésiteront pas à exiger des services. La population des aînés qui est peu nombreuse ne l'est pas tant que ça lorsqu'on réunit les deux groupes ensemble : le groupe des 40 à 65 ans est nombreux et d'ici 10 ou 15 ans, tous ses membres se retrouveront dans la catégorie des personnes âgées. Une fois qu'ils y seront, s'ils ont vieilli ici, ils auront une idée de ce qui est disponible et ils exigeront leurs propres services. Quant à avoir si nous voulons instaurer des services parallèles, comme des maisons de convalescence pour une clientèle chinoise, ou des services intégrés, cela dépendra de la région du Canada et des besoins du groupe en question.

Les familles qui ont immigré au Canada et qui ont fait venir leurs vieux parents ici pour s'occuper de leurs enfants prennent généralement soin de leurs parents. Lorsque ces derniers entrent dans le système de soins de santé, ils le font après être restés longtemps dans leurs familles. Ils entrent dans le système tard, ils sont en mauvaise santé et leurs besoins sont considérables. Rejoindre cette population des immigrants issus de la réunification de la famille pour s'assurer qu'ils reçoivent un soutien et des soins adéquats pendant qu'ils sont encore dans leurs familles est une façon de leur assurer un niveau et une qualité de vie élevés. De plus, ils exigeront moins de services plus tard.

You also talked earlier about the rural-urban split, and that is significant. It has regional variances in Canada. In Saskatchewan, if you travel to the rural places, you will be struck by the age of the farmers still working those fields. They need protection, and they need certain kinds of services. The rural-urban split is important as well.

I also took exception to Dr. Spencer's comment about the GIS being a bad idea. He implied that poor people have some kind of choice about saving money. They do not have a choice. They spend their money to care for their families and children, and they do not have the option of saving for some kind of private pension.

Dr. Spencer also criticized the 85 rule, and I am sorry he is not here to defend himself or respond to my comments. The 85 rule gives people a choice, and gives people freedom to make choices. It is a negotiated agreement between the workers and their employer. After 30 or 35 years, it gives people such as teachers and police officers, who are in a stressful job, the option of retiring with dignity and with a reasonable pension. To me, providing this option is a good thing and not necessarily a negative thing that we should discourage.

Those are most of the key points that I want to present to the committee

Senator Johnson: Ms. Lafontaine, you talked about your senior population. Do you have information about on-reserve or off-reserve, and do you have those kinds of services in place in either jurisdiction in the city or on the reserve?

Mark Buell, Manager, Policy/Communications Unit, National Aboriginal Health Organization: The Aboriginal population, as I am sure everyone is aware, is becoming increasingly urban. Something like more than 50 per cent of the Aboriginal population in Canada now resides in cities. There is a huge difference in the services that can be accessed in an urban centre, services that everyone can access, compared to what is available in a rural or remote community where there may be nothing.

Senator Johnson: Do you have any examples of anything being done in rural areas in terms of either assisted living or long-term care?

Mr. Buell: A lot of the time people have to travel out of remote communities to urban sectors to access long-term care.

Senator Johnson: I am from Winnipeg. Do you have any information on Winnipeg in terms of this population? Are Aboriginal people accessing what is available in the city now? Would that be generally fair to say?

Ms. Lafontaine: That is generally what they do. They are brought into the main urban centres to access their requirement, to meet their needs.

Vous avez parlé tout à l'heure de la division milieu rural-milieu urbain, et c'est un facteur important. La situation varie selon les régions au Canada. En Saskatchewan, si vous allez à la campagne, vous serez frappés par l'âge avancé des agriculteurs qui continuent de cultiver les champs. Ils ont besoin de protection et de certains services également. Le fossé entre la ville et la campagne est donc un facteur non négligeable.

Je ne suis pas non plus d'accord avec le commentaire de M. Spencer, selon lequel le SRG est une mauvaise idée. Il a laissé entendre que les démunis avaient en quelque sorte le choix d'économiser. Ils n'ont pas le choix. Ils dépensent leur argent pour subvenir aux besoins de leurs familles et de leurs enfants et ils n'ont pas l'option d'économiser pour adhérer à un régime de traite privé.

M. Spencer a aussi critiqué la règle de 85, et je suis désolé qu'il ne soit plus ici pour défendre son opinion ou répondre à mes commentaires. Cette règle offre aux gens un choix; elle leur accorde la liberté de faire des choix. Elle découle d'une entente négociée entre les travailleurs et leur employeur. Après 30 ou 35 ans de service, les enseignants et les policiers, par exemple, qui occupent des emplois stressants, ont la possibilité de se retirer dignement avec une pension convenable. À mon avis, il s'agit là d'une option positive et non pas d'une mesure négative qu'il faudrait décourager.

Ce sont là les principaux arguments que je voulais présenter au comité.

Le sénateur Johnson : Madame Lafontaine, vous avez parlé de votre population âgée. Avez-vous des renseignements sur les aînés qui vivent dans les réserves ou hors réserve? La ville ou la réserve offre-t-elle des services?

Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications, Organisation nationale de la santé autochtone : Comme tout le monde ici le sait sans doute, la population autochtone s'urbanise de plus en plus. Plus de 50 p. 100 de la population autochtone au Canada vit maintenant dans les villes. Il y a une différence énorme au niveau des services accessibles dans les agglomérations urbaines, des services auxquels tous ont accès, comparativement aux services dans les collectivités rurales ou éloignées, qui sont parfois inexistantes.

Le sénateur Johnson : Avez-vous des exemples de projets de soins de longue durée ou d'aide à la vie autonome en milieu rural?

M. Buell : Bien souvent, les gens doivent quitter leur communauté éloignée pour accéder à des soins de longue durée en milieu urbain.

Le sénateur Johnson : Je suis de Winnipeg. Possédez-vous des renseignements au sujet de cette population vivant à Winnipeg? Présentement, les Autochtones ont-ils accès aux services municipaux? Peut-on généralement dire que c'est le cas?

Mme Lafontaine : C'est généralement ce qui se passe. On les conduit dans les centres urbains car c'est là qu'on peut répondre à leurs besoins.

As far as statistics go, we would need to do some research for you and get some further information.

Senator Johnson: That would be helpful; otherwise we cannot know where this population is, in the system. I have no idea, and I have been on the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples for 12 years; that is something we have not looked at.

Mr. Buell: I would like to highlight that lack as a key problem. There is a serious lack of good data on Aboriginal people; where they are, what they access and what they are unable to access. Winnipeg is a great example; 10 per cent of the population is Aboriginal but we do not know where they are, what they do, what they access and what they cannot access.

Senator Johnson: I know what is happening in a number of other areas, but this one I am not familiar with.

Mr. Durst: I would like to speak to this and our research in Regina. More seniors tend to stay on the reserve in the population. They tend to be in housing that is overcrowded, substandard and with poor water. At a certain age, almost all of them have diabetes, type 2.

Senator Johnson: Are they usually with their families?

Mr. Durst: They are with their families, and as disabilities increase they are further socially isolated there. Then when they come to Regina they are in poor health and poor physical condition, and have a great demand on services. There does not seem to be a strong infrastructure for supports for home care and supporting the family in caring for them.

The other statistic we found in our study is that there is a preference to be cared for by their family. When told we can provide really good care for them but it is not in their family, their preference was to be with their family and to be cared for by them.

If these Aboriginals in poor health move from the reserve into the city, they receive the formalized medical services and those sorts of things if they are in hospital, but then they return home and there is a reoccurrence of the same kinds of issues and problems. Those that live in the city fare slightly better in terms of their overall health. These statistics that I have looked at have come out of the federal government. They fare a little better in the city. However, they are not accessing the many other services. Seniors living in Regina are isolated and are not getting out into the community. Regina has a host of programs and services for seniors: recreational programs and those sorts of things. These Aboriginal people do not access those services. We found that they do not feel comfortable going to white-dominated agencies. They feel when they go there they are chastised for not taking care of their diabetes. There is an implication that the health care

Pour ce qui est d'avoir des statistiques, il faudrait que nous fassions des recherches pour recueillir davantage d'information pour vous.

Le sénateur Johnson : Ce serait utile; autrement, nous ne pouvons pas savoir où se trouve cette population dans le système. Je n'en ai aucune idée et j'ai siégé au Comité sénatorial permanent des peuples autochtones pendant 12 ans. C'est un aspect que nous n'avons pas examiné du tout.

M. Buell : Je tiens à souligner que le manque d'information est un problème de taille. Nous manquons cruellement de données valables sur les Autochtones : où sont-ils? À quels services ont-ils accès ou non? Winnipeg est un excellent exemple de cela. Sa population est composée d'Autochtones dans une proportion de 10 p. 100, mais nous ignorons qui ils sont, ce qu'ils font, et à quels services ils peuvent avoir accès ou non.

Le sénateur Johnson : Je sais ce qui se passe dans bien d'autres domaines, mais je ne suis pas familier avec celui-ci.

M. Durst : J'aimerais intervenir pour vous parler des travaux de recherche que nous avons menés à Regina. La plupart des aînés autochtones restent généralement dans la réserve, au sein de la population. Pour la plupart, ils habitent dans des logements surpeuplés, insalubres et dépourvus d'eau potable. À partir d'un certain âge, la presque totalité d'entre eux souffrent de diabète de type II.

Le sénateur Johnson : Habitent-ils habituellement avec leurs familles?

M. Durst : Ils habitent avec leurs familles, mais à mesure qu'augmente leur niveau d'incapacité, ils sont de plus en plus isolés socialement dans la réserve. Ensuite, lorsqu'ils arrivent à Regina, ils sont en mauvaise santé et en mauvaise condition physique et ont grandement besoin de services. Il ne semble pas y avoir une infrastructure solide pour appuyer les soins à domicile et venir en aide aux familles qui s'occupent de leurs proches.

Selon une autre statistique découlant de notre étude, ces aînés préfèrent que ce soit leur famille qui s'occupe d'eux. Lorsqu'on leur explique que nous pouvons leur offrir de très bons soins à l'extérieur de leur famille, ils disent préférer demeurer au sein de leur famille et être soignés par leurs proches.

Lorsque ces Autochtones à la santé précaire déménagent de la réserve à la ville, ils reçoivent des services médicaux officiels et des soins adéquats s'ils sont hospitalisés, mais ensuite, à leur retour chez eux, ils sont de nouveau aux prises avec les mêmes difficultés et problèmes. La santé globale de ceux qui vivent en milieu urbain est légèrement meilleure. D'après les statistiques émanant du gouvernement fédéral que j'ai consultées, ceux qui habitent la ville se tirent mieux d'affaire. Cependant, il y a bien d'autres services auxquels ils n'ont pas accès. Les aînés autochtones qui vivent à Regina sont isolés et ne se mêlent pas à la communauté. La ville de Regina offre une multitude de programmes et de services à ces aînés : activités de loisirs et autres. Les aînés autochtones ne se prévalent pas de ces services. Nous avons constaté qu'ils ne se sentent pas à l'aise de fréquenter des organismes dirigés par des blancs. Ils se plaignent que lorsqu'ils le font, on leur reproche de

professionnels suggèrent qu'ils ne sont pas conformes, et alors ils tendent à ne pas aller, ce qui aggrave le problème. Ils sont isolés. Nous avons besoin de plus de recherches sur cette population, sur les deux groupes.

Ils se retrouvent pris dans le problème de juridiction entre le fédéral, le provincial et les gouvernements locaux en matière d'accès aux programmes et services : recevoir des aides telles que des fauteuils roulants, des béquilles et d'autres matériels qui pourraient les aider, ils sont coincés entre les diverses compétences des gouvernements fédéral, provincial et local. Ils sont pris dans ce système et les gouvernements fédéral, provincial et local se renvoient la balle.

Mr. Dobie : Nous avons fait certaines recherches sur cette question. Lorsque les aînés se rendent dans les villes, ils sont bien traités au plan médical. Toutefois, les services s'arrêtent là. L'aspect social est négligé. La question des repas est un gros problème. C'est d'ailleurs ce que nous avons signalé aux représentants des peuples autochtones que nous avons rencontrés. La question des repas et des différences culturelles font problème. C'est assez pour qu'ils retombent malades. Même si les soins de santé leur sont fournis, l'aspect social n'est pas pris en compte, et ils sont obligés de retourner dans leurs communautés. D'un point de vue médical, leur santé s'améliore pendant une courte période, mais nous ne sommes pas en mesure de leur offrir ces autres services.

Le sénateur Johnson : En matière de femmes, Mr. Dobie, et cela s'applique à toutes vos populations que vous parlez : immigrants, Autochtones et Canadiens en général. Vous avez dit que la femme seule est la personne la plus vulnérable dans cette zone des aînés, ce qui est juste. Je le sais.

Mr. Dobie : Basé sur l'économie, la plupart des femmes seules n'ont pas fait partie de la population active pendant longtemps. Par conséquent, leurs pensions sont faibles. En outre, elles peuvent avoir connu des problèmes conjugaux, et il y a 20, 30 ou 40 ans, il n'était pas de rigueur de faire respecter ses droits. Même si une mesure législative a été adoptée, il est pratiquement impossible d'envisager qu'une femme de 85 ans poursuive son ex-mari pour obtenir ce à quoi elle a droit. Elle préférera plutôt ne pas faire de vague et vivre selon ses moyens. C'est un problème sérieux. Heureusement, avec le passage du temps, ce problème disparaîtra sans doute, mais il est bien présent pour le moment.

Le sénateur Johnson : Je connais une collectivité au Manitoba où l'on a pris des mesures dynamiques pour appuyer la population âgée. On y offre des services d'aide à la vie autonome en plus d'avoir un établissement de soins de longue durée. Ce modèle communautaire a donné d'excellents résultats à Gimli, au Manitoba, où cette approche a été retenue depuis une centaine d'années, si je ne m'abuse. En termes de soins de longue durée, au lieu d'orienter les gens dès l'âge de 60 ans vers des établissements de soins prolongés, ne devrions-nous pas offrir aux personnes âgées une période intérimaire d'aide à la vie autonome?

ne pas soigner leur diabète. Ils laissent entendre que les professionnels de la santé les jugent réfractaires à leurs consignes et c'est la raison pour laquelle ils ne fréquentent pas les cliniques, ce qui aggrave le problème. Ils sont isolés. Nous devons faire davantage de recherche sur cette population, sur les deux groupes.

Lorsqu'il s'agit d'accéder à des programmes et des services et de recevoir des aides comme des fauteuils roulants, des béquilles et d'autres matériels qui pourraient les aider, ils sont coincés entre les diverses compétences des gouvernements fédéral, provincial et local. Ils sont pris dans ce système et les gouvernements fédéral, provincial et local se renvoient la balle.

M. Dobie : Nous avons fait certaines recherches sur cette question. Lorsque les aînés se rendent dans les villes, ils sont bien traités au plan médical. Toutefois, les services s'arrêtent là. L'aspect social est négligé. La question des repas est un gros problème. C'est d'ailleurs ce que nous avons signalé aux représentants des peuples autochtones que nous avons rencontrés. La question des repas et des différences culturelles font problème. C'est assez pour qu'ils retombent malades. Même si les soins de santé leur sont fournis, l'aspect social n'est pas pris en compte, et ils sont obligés de retourner dans leurs communautés. D'un point de vue médical, leur santé s'améliore pendant une courte période, mais nous ne sommes pas en mesure de leur offrir ces autres services.

Le sénateur Johnson : Monsieur Dobie, je voudrais vous parler de la situation des femmes, et cela vise évidemment toutes les populations dont il est question ici : les immigrants, les Autochtones et les Canadiens en général. Vous avez dit que de toutes les personnes âgées, les femmes qui vivent seules sont les plus fragiles et vulnérables, et avec raison. Je le sais.

M. Dobie : Selon les données économiques, la plupart des femmes âgées vivant seules n'ont pas fait partie de la population active pendant longtemps. Par conséquent, leurs pensions sont faibles. En outre, elles peuvent avoir connu des problèmes conjugaux, et il y a 20, 30 ou 40 ans, il n'était pas de rigueur de faire respecter ses droits. Même si une mesure législative a été adoptée, il est pratiquement impossible d'envisager qu'une femme de 85 ans poursuive son ex-mari pour obtenir ce à quoi elle a droit. Elle préférera plutôt ne pas faire de vague et vivre selon ses moyens. C'est un problème sérieux. Heureusement, avec le passage du temps, ce problème disparaîtra sans doute, mais il est bien présent pour le moment.

Le sénateur Johnson : Je connais une collectivité au Manitoba où l'on a pris des mesures dynamiques pour appuyer la population âgée. On y offre des services d'aide à la vie autonome en plus d'avoir un établissement de soins de longue durée. Ce modèle communautaire a donné d'excellents résultats à Gimli, au Manitoba, où cette approche a été retenue depuis une centaine d'années, si je ne m'abuse. En termes de soins de longue durée, au lieu d'orienter les gens dès l'âge de 60 ans vers des établissements de soins prolongés, ne devrions-nous pas offrir aux personnes âgées une période intérimaire d'aide à la vie autonome?

their communities, families, on reserve and in towns? It is appropriate in the rural areas. Would this be a direction we could go in?

Mr. Dobie: It is the flavour of the month in aging societies; providing assisted living to the aging population. First, quality of life is much better. This morning I listened to the news in Quebec: 14 people in another hospital with C. difficile. If you can keep people out of hospitals, then keep them out of hospitals. I operate a non-profit seniors' home and I dread having a 92-year-old go to hospital for "tests" because I fear never seeing him or her again because of the long period of time they may be there.

Keep them at home and in their setting as long as possible, but that approach must be accompanied with assisted living and budgets: much cheaper, a third of the price, and quality of life is so much better.

Ms. Lafontaine: I agree that having seniors living at home with their family is beneficial. In reality on reserves, you do not have the support. You do not have the doctors, nurses or support system to give that care at home. The ability to provide nutritious meals and so on sometimes is not doable. Yes, it is beneficial.

Senator Johnson: We are talking about assisted living, which is not necessarily staying at home, but in a facility that accommodates people with these needs.

Ms. Lafontaine: Definitely.

The Chairman: The reality is that the services for many of our Aboriginal peoples are simply not available on the reserve. I am thinking of dialysis, which more and more type 2 diabetics among our Aboriginal population unfortunately end up receiving. We now have portable dialysis units, but they are not located in Aboriginal communities. Many are in our cities, but any time we attempt to get them into an Aboriginal community there are roadblocks to their existence. Quality of water is one of them.

Senator Cordy: We know when we look at seniors that we must cross many boundaries. One of you spoke earlier about crossing between federal and provincial jurisdictions, but even within specific levels of government we deal with different departments; housing, health, transportation and those kinds of things. Are there models in Canada that work well where silos have been broken down, areas where a minister is responsible for seniors? Does that make a difference, or is it only something to make people feel better?

Mr. Dobie: Few provinces have a minister dedicated to seniors. Quebec has one dedicated to families, youth and seniors. New Brunswick's new government has named a minister for seniors,

Serait-il utile d'injecter davantage d'argent dans un modèle de type communautaire si les gens souhaitent demeurer dans leurs collectivités, dans leurs familles, dans les réserves et dans les villes? C'est un modèle qui convient bien dans les régions rurales. Est-ce une avenue que nous devrions emprunter?

M. Dobie : C'est la solution à la mode dans les sociétés vieillissantes : offrir une aide à la vie autonome aux personnes âgées. Premièrement, la qualité de vie est bien meilleure. Ce matin, j'ai écouté les nouvelles et j'ai appris qu'au Québec, 14 malades, dans un autre hôpital, étaient atteints de la bactérie C. difficile. S'il y a moyen d'éviter d'hospitaliser les gens, il faut le faire. Je dirige un foyer pour personnes âgées sans but lucratif, et je crains d'envoyer un pensionnaire de 92 ans à l'hôpital pour des « tests ». Étant donné qu'il faudra qu'il reste sans doute assez longtemps, je crains de ne jamais le revoir.

Il faut que les gens puissent rester dans leur maison et dans leur milieu le plus longtemps possible, mais cette approche doit s'accompagner d'une aide à la vie autonome et de budgets correspondants. D'ailleurs, c'est beaucoup moins cher — le tiers du prix — et la qualité de vie est bien meilleure.

Mme Lafontaine : Je suis d'accord. Il est bénéfique pour les personnes âgées de vivre chez eux, avec leurs familles. Mais en réalité, dans les réserves, elles n'ont pas accès au soutien nécessaire. Il n'y a pas de réseau de médecins et d'infirmières, pas de système de soutien pour offrir des soins à domicile. Il est parfois impossible de fournir aux aînés des repas nutritifs. Effectivement, c'est bénéfique.

Le sénateur Johnson : Nous parlons de l'aide à la vie autonome, ce qui ne veut pas dire nécessairement que les aînés restent chez eux. Parfois, ils sont dans un établissement qui répond aux besoins des gens qui nécessitent une telle aide.

Mme Lafontaine : Tout à fait.

La présidente : En réalité, les services dont un grand nombre d'Autochtones ont besoin ne sont tout simplement pas disponibles dans les réserves. Je songe à la dialyse, à laquelle un nombre croissant d'Autochtones atteints de diabète de type II doivent malheureusement recourir. Il existe des unités de dialyse portables, mais on n'en trouve pas dans les communautés autochtones. Il y en a en quantité dans nos villes, mais chaque fois que nous essayons d'en obtenir pour une communauté autochtone, on se heurte à des obstacles. La piètre qualité de l'eau est l'un d'eux.

Le sénateur Cordy : Lorsqu'il s'agit des personnes âgées, nous savons qu'il est nécessaire de faire le pont entre divers domaines. L'un de vous a mentionné tout à l'heure la difficulté de faire le pont entre les champs de compétence fédérale et provinciale, mais même au sein d'un ordre de gouvernement donné, on a affaire à divers ministères : logement, santé, transports, etc. Existe-t-il au Canada des modèles de réussite où l'on a éliminé ces barrières, des endroits où un ministre est responsable des personnes âgées? Cela fait-il une différence, ou est-ce purement symbolique?

M. Dobie : Quelques provinces ont un ministre responsable des personnes âgées. Le Québec a un ministre de la famille, de la jeunesse et des personnes âgées. Le nouveau gouvernement du

and our person in the field has already met that person twice, although she has not been in place long. That minister has access to the other ministers, as you mentioned. Things are much better that way. Other governments need to look at that.

Considering that seniors are almost 30 per cent of the population, they are an important aspect, and politically they are a strong lobby. For governments to listen to this portion of the population, what better way than having a minister involved and dedicated strictly to seniors? This approach needs to become practice soon. In the previous federal government, as in the current one, there were two or three ministers. It seems that everyone wants a piece of the pie, but there is no cohesiveness. A ministry strictly for seniors will be good for the senior population.

Mr. Durst: I cannot speak very well to this question because it is outside my field. However, Regina is a city of 200,000 and then there is the surrounding area. The provincial government has a strong history of trying to provide quality health care and integrated service. The city of Regina has what is called a System Wide Admission and Discharge, SWAD, group. It is a team of inter-professionals of the health care field, social work and government. Even housing people can be involved. When someone enters the system, that team coordinates its level of service and access to various health care and related social programs.

That group has done well at, for example, eliminating waiting times for homes by integrating waiting lists. It integrates planning if they move from a personal care home to some other form of assisted living or to other sorts of services. It follows the client through the system.

We can do that in Regina because it is a small city, the professionals know one another, and they can function that way. That model could be looked at from that end of things.

It is surprising and interesting in the small city of Regina that when we enter the system of personal care homes, nursing homes and the health care system, the entire system — the floor cleaners, cooks, nursing aides, nurses, occupational therapist, doctors and medical specialists — is multicultural. There is a diverse cultural group throughout the entire system from all around the world. The clients in Regina are almost all white, either Ukrainian or German. We are starting to see that population shift.

Nouveau-Brunswick a nommé une ministre responsable du dossier des personnes âgées, et notre représentant sur le terrain l'a déjà rencontrée à deux reprises, même si elle n'est pas en poste depuis longtemps. Comme vous l'avez mentionné, ce ministre a accès à ses collègues. Les choses fonctionnent beaucoup mieux de cette façon, et d'autres gouvernements devraient envisager d'en faire autant.

Compte tenu du fait que les personnes âgées représentent près de 30 p. 100 de la population, elles ont beaucoup de poids. Politiquement, elles constituent un lobby influent. Pour être à l'écoute de ce segment de la population, le meilleur moyen pour les gouvernements n'est-il pas d'avoir un ministre exclusivement chargé du dossier des personnes âgées? Il faut que cette approche devienne pratique courante sous peu. Au sein du gouvernement fédéral précédent, deux ou trois ministres se partageaient le dossier. D'ailleurs, c'est encore le cas dans le gouvernement actuel. Il semble que chacun veuille sa part du gâteau, mais il n'y a aucune cohérence. Il serait bon que la population des aînés puisse compter sur un ministère strictement voué à ses intérêts.

M. Durst : Je ne peux pas vraiment répondre à cette question car elle ne relève pas de mon champ de compétence. Toutefois, la ville de Regina compte 200 000 habitants, sans compter les environs. Le gouvernement provincial a toujours essayé de fournir des soins de santé de qualité et des services intégrés à ses citoyens. Pour ce faire, la ville peut compter sur un groupe qui applique un système global d'entrée et de sortie des clients. Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire réunissant des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et des fonctionnaires. Même des représentants du secteur du logement en font partie. Lorsqu'un malade entre dans le système, l'équipe coordonne son niveau de service et son accès aux soins de santé et aux programmes sociaux connexes.

Ainsi, ce groupe a réussi à éliminer les délais d'accès aux maisons pour personnes âgées grâce à l'intégration des listes d'attente. La planification est intégrée, par exemple lorsqu'une personne passe d'un foyer de soins personnels à une autre forme d'aide à l'autonomie ou à d'autres types de services. Le groupe suit le client dans son cheminement dans le système.

Nous pouvons faire cela à Regina parce que c'est une petite ville, les professionnels se connaissent et ils peuvent fonctionner de cette manière. Ce modèle pourrait être envisagé dans cette perspective.

Il est étonnant et intéressant de constater que, dans la petite ville de Regina, dans tout le réseau des foyers de soins personnels, des maisons de soins infirmiers et dans tout le réseau des soins de santé, le personnel au complet — laveurs de planchers, cuisinières, aides-infirmiers, infirmières diplômées, ergothérapeutes, médecins généralistes et médecins spécialistes — est multiculturel. Il y a dans l'ensemble du système un groupe d'employés ayant un bagage culturel très diversifié, venu de tous les pays du monde. À Regina, les clients sont presque tous blancs, ukrainiens ou allemands. Nous commençons à constater ce changement de population.

When the question was asked of what country you think about seeing, the answer was Australia. I like that, because I do not think you would see that in countries such as France and Germany. You may see it in the U.K., but Australia would have a similar kind of multicultural service industry with people who are honestly trying to address culturally sensitive issues.

I have high regard for the professionals in the province of Saskatchewan.

Senator Cordy: Ms. Lafontaine, how much research information and data do we have on Aboriginal seniors?

Ms. Lafontaine: The only data resource that we have presently is the First Nations Regional Longitudinal Health Survey, RHS.

Mr. Buell: There is some data in the regional health survey. The 2001 Aboriginal People's Survey also has some information. There is a serious lack of information on First Nations, Inuit and Metis health across the board, especially with regard to older Aboriginal people. The focus is on the younger generation, because there are so many young Aboriginal people.

That is not to say there is nothing out there. Research exists, but it is minimal.

Senator Mercer: Several of you made reference to housing. I want to narrow that. Where do you see the most need in housing where governments should be involved one way or another, most likely as a provider of funding? There are self-contained senior citizen apartment buildings and there are various other levels of housing with minimum-, mid- or full-level support, right up to nursing homes and palliative care centres.

Where is the need the greatest?

Mr. Dobie: The last big plan for social housing of the Canada Mortgage and Housing Corporation ended in 1990. From about 1980 to 1990 CMHC had projects building seniors' homes, mostly managed by municipalities at that time. These homes are starting to be old now. They are 25 years old, and in some cases they have not been taken care of. When there is no money from the government for that type of housing, we suffer the effects.

We have this subsidized housing from Canada Mortgage and Housing Corporation from a number of years ago. To keep people in those homes now rather than institutionalize them, we need to add the health and assisted-living components. Those components should be added with Health Canada or the departments of health in each province along with the housing agencies. Virtually no money has been spent in social and low-cost housing for almost 20 years.

Quand on a demandé quel pays vous pensez visiter, on a répondu l'Australie. J'aime cette réponse, parce que je ne crois pas qu'on verrait cette situation dans des pays comme la France et l'Allemagne. Peut-être au Royaume-Uni, mais en Australie, on trouverait un secteur des services semblable, très multiculturel, composé de gens qui s'efforcent honnêtement de répondre aux besoins de gens culturellement sensibles.

J'ai beaucoup d'estime pour les professionnels de la province de Saskatchewan.

Le sénateur Cordy : Madame Lafontaine, combien de travaux de recherche et de données avons-nous sur les personnes âgées autochtones?

Mme Lafontaine : La seule source de données que nous ayons actuellement est l'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations.

M. Buell : On trouve certaines données dans l'enquête régionale sur la santé. L'enquête auprès des peuples autochtones de 2001 renferme aussi certains renseignements. De manière générale, on manque cruellement d'information sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, surtout pour ce qui est des personnes âgées autochtones. On connaît davantage la situation des jeunes, parce qu'il y a tellement de jeunes autochtones.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y a absolument rien. Il existe de la recherche, mais pas grand-chose.

Le sénateur Mercer : Plusieurs d'entre vous ont évoqué la situation du logement. Je veux revenir là-dessus de manière plus précise. Selon vous, quels sont les besoins les plus criants en matière de logement appelant une intervention quelconque des gouvernements, probablement à titre de bailleurs de fonds? Il y a des immeubles d'appartements pour personnes âgées autonomes et il y a divers autres types de logements offrant un niveau de soutien minimum, moyen ou complet, jusqu'aux maisons de soins infirmiers et aux centres de soins palliatifs.

Où se situent les plus grands besoins?

M. Dobie : Le dernier programme de logements sociaux de grande envergure de la Société canadienne d'hypothèques et de logement a pris fin en 1990. Entre 1980, environ, et 1990, la SCHL avait des projets de construction de foyers pour personnes âgées, la plupart étant administrés par les municipalités. Ces foyers commencent maintenant à vieillir. Ils datent de 25 ans et, dans certains cas, ils n'ont pas été entretenus. Quand le gouvernement ne fournit pas d'argent pour ce type de logement, nous en subissons les conséquences.

Nous avons donc ces logements subventionnés par la Société canadienne d'hypothèques et de logement construits il y a un certain nombre d'années. Pour permettre aux gens de continuer d'y habiter aujourd'hui, au lieu de les placer en établissement, nous devons ajouter des composantes pour la santé et l'aide à la vie autonome. Ces éléments doivent être ajoutés par Santé Canada ou les ministères de la Santé de chacune des provinces, de concert avec les organismes responsables du logement. Depuis près de 20 ans, on n'a presque pas dépensé d'argent pour les logements sociaux ou à loyer modique.

Mr. Durst: We have seen many examples of various non-profit organizations, NGOs, religious groups and cultural groups applying for and building various facilities. Some of the facilities are intergenerational with a variety of health care needs, and they have been successful.

The other area is personal care homes, which have been more of a private market field. They can be costly. In my province, people are caught because they do not have enough money for personal care homes, which are in the private system, and they are not eligible for extended nursing care facilities, so they are caught and often isolated. They need help but, because they cannot approach services in the private market, they are left out. If they become very sick or have an injury, they enter the hospital, which increases costs. Money spent to support that population in the middle would go a long way.

Senator Mercer: While personal care homes are costly, the major factor I see is the lack of control of the level and quality of service. It varies from place to place. It can vary from one city block to the next, depending on who the manager or the private owner is of these facilities. Some of them, even in this day and age, are scary compared to where we should be.

Mr. Dobie, the National Advisory Council on Aging put out its 2006 report card. I gather that the previous report card was issued in 2001. There must have been some improvements in that time.

Mr. Dobie: Definitely.

Senator Mercer: Can you give us a couple of examples of improvements?

Mr. Dobie: The income level of seniors is much more favourable now than it was five or six years ago. Health care has also improved, although the demand on the system is increasing. Consequently, there must be further improvement there.

One thing that has not been adequately addressed is the waiting time for seniors. For a younger person to wait six months for an intervention can be acceptable, if I may use that term, but for a senior to wait six months is life or death. That difference must be addressed. Some improvements have been made in health care, but improvements must be done at the economic level, too.

Seniors have become caregivers themselves. It is not uncommon for a retired teacher like me to go into another field and be a caregiver for seniors. That is why we look at it from the point of view that seniors themselves will become important assets to the community rather than be looked at as the little old man with the cane. Seniors will be an incredible asset. There are ways to train these people and give them professional help so that they

M. Durst : On a vu beaucoup d'exemples d'organisations à but non lucratif, ONG, groupes religieux et culturels qui ont présenté des demandes et construit diverses installations, dont certaines sont intergénérationnelles et offrent divers services de santé et ont été couronnés de succès.

Il y a par ailleurs les foyers de soins infirmiers, qui sont surtout le fait du secteur privé. Ils peuvent être coûteux. Dans ma province, les gens sont coincés parce qu'ils n'ont pas assez d'argent pour aller dans de tels foyers, qui sont offerts par le secteur privé; par ailleurs, ils ne sont pas admissibles aux établissements de soins prolongés et ils sont donc coincés et souvent isolés. Ils ont besoin d'aide, mais comme ils ne peuvent pas se prévaloir des services offerts par le secteur privé, ils se retrouvent devant rien. S'ils deviennent très malades ou se blessent, ils entrent à l'hôpital, ce qui augmente les coûts. Si l'on dépensait de l'argent pour aider ce groupe de population qui se trouve entre les deux, cela aiderait beaucoup.

Le sénateur Mercer : Il est vrai que les établissements de soins pour personnes âgées infirmes sont coûteux, mais à mes yeux, le principal problème est le manque de contrôle du niveau et de la qualité des services. Ce niveau varie beaucoup d'un endroit à l'autre. Il peut varier d'un établissement à l'autre, même à deux rues de distance; tout dépend de la personne qui possède ou administre l'établissement. Certains de ces foyers, même de nos jours, sont épouvantables en comparaison de ce qu'ils devraient être.

Monsieur Dobie, le Conseil consultatif national sur le troisième âge a publié son bulletin de 2006. Je crois que le dernier avait été publié en 2001. Il doit y avoir eu certaines améliorations dans l'intervalle.

M. Dobie : Absolument.

Le sénateur Mercer : Pouvez-vous nous donner quelques exemples d'amélioration?

M. Dobie : Le niveau de revenu des personnes âgées est beaucoup plus favorable aujourd'hui qu'il ne l'était il y a cinq ou six ans. Les soins de santé se sont aussi améliorés, bien que la demande augmente. Il faut donc accélérer l'amélioration à cet égard.

Un élément qui n'a pas été amélioré de façon satisfaisante, c'est le délai d'attente pour les personnes âgées. Qu'on demande à une personne plus jeune d'attendre six mois pour subir une intervention, cela peut être acceptable, si je peux employer ce mot, mais dans le cas d'une personne âgée, un délai de six mois peut être une question de vie ou de mort. Il faut raccourcir ces délais. Il y a eu certaines améliorations dans les soins de santé, mais il faut également améliorer la situation financière.

Les personnes âgées sont elles-mêmes devenues dispensatrices de soins. Il n'est pas rare qu'un enseignant à la retraite comme moi-même se lance dans un autre domaine et devienne dispensateur de soins pour personnes âgées. C'est pourquoi nous disons que les personnes âgées elles-mêmes deviendront des actifs importants dans la collectivité, au lieu d'être considérées comme des petits vieux qui trottaient avec leur canne. Les aînés peuvent être un

become good caregivers. That is one aspect that is still lacking. It is not much money, but it is money well spent. For every dollar we spend there, we will save thousands.

Senator Mercer: I come from the voluntary sector. I have worked with tens of thousands of volunteers over the years. Someone made vague reference to the support and the importance of volunteers in working with seniors. Would anyone like to elaborate on that? I think that one thing we are missing, and the current government has cut back on, is funding in the voluntary sector.

Mr. Dobie: One of the biggest basins of volunteers is young seniors. Mr. Durst talked about teachers and policemen. We have more educators who are involved in volunteerism. They do not volunteer with youth — they have had enough with their kids for 35 years. They volunteer with seniors. I think that is something that should be encouraged. This group of people is itching to do something useful. If they are recognized, I think society will be better off for it.

Mr. Durst: Studies and good research have come out of Imagine Canada, the former centre on philanthropy, on this topic and on the major impact and social impact of volunteer seniors of that healthy age group — that is, age 65 to 75 and sometimes beyond. Their contribution to the community on all levels is extremely significant. I did not mean to pass that up. In some areas, some individuals are almost exploited and become burnt out because they are always called upon. Helping them to make good choices on what to volunteer for and what to become involved in can go along way toward healthy meaningful progress.

Mr. Buell: I want to highlight a difference between formal volunteering and informal volunteering. In Aboriginal communities, informal support is given by the cooperative nature of many communities, and is fundamental to allowing seniors to stay in those communities. There are things such as food sharing. Especially in remote Inuit communities, where food prices may be so high, a lot of hunters will share their food with the seniors in the community, making the lives of those seniors that much easier. It would be interesting if there were a way to recognize that.

The Chairman: Before I turn to Senator Keon, I notice that several of you made reference to training volunteers. In my experience, one of the first things the volunteer needs to learn is to take care of the volunteer.

Senator Keon: Mr. Durst, when you came in, you challenged the previous witnesses who fundamentally left the message that immigration increases the population but it does not increase the

actif extraordinaire. Il y a moyen de former ces gens-là et de leur donner de l'aide professionnelle pour qu'ils deviennent de bons dispensateurs de soins. C'est un aspect qui demeure lacunaire. Ce n'est pas beaucoup d'argent, mais c'est de l'argent bien dépensé. Chaque dollar dépensé dans ce domaine permettra d'économiser des milliers d'autres.

Le sénateur Mercer : Je viens du secteur bénévole. J'ai travaillé avec des dizaines de milliers de bénévoles au fil des années. Quelqu'un a vaguement fait allusion au soutien et à l'importance des bénévoles dans l'aide aux personnes âgées. Est-ce que quelqu'un voudrait nous donner plus de détails là-dessus? Je pense que s'il y a un élément qui manque, et qui a subi des coupures sous le gouvernement actuel, c'est le financement du secteur bénévole.

M. Dobie : Les jeunes aînés constituent l'un des plus importants bassins de bénévoles. M. Durst a parlé des enseignants et des policiers. Nous avons beaucoup d'enseignants qui font du bénévolat. Ils ne se portent pas volontaires pour travailler avec les jeunes — ils en ont assez, après s'être occupés de leurs enfants pendant 35 ans. Ils font du bénévolat pour aider les personnes âgées. Je pense qu'il y a lieu d'encourager cela. Ces gens-là ne demandent pas mieux que de se rendre utiles. Si on les accueille à bras ouverts, je pense que la société ne s'en portera que mieux.

M. Durst : Imagine Canada, l'ancien Centre canadien de philanthropie, a fait de bonnes études et de bons travaux de recherche sur cette question et sur l'impact social important du bénévolat des personnes âgées de ce groupe d'âge de gens en santé, c'est-à-dire les gens âgés de 65 à 75 ans et parfois plus. Leur apport à la collectivité, à tous les niveaux, est extrêmement important. Si j'ai omis d'insister là-dessus, c'est par inadvertance. Dans certains secteurs, il y a des gens qui sont quasiment exploités et qui finissent par être brûlés parce qu'on les sollicite sans relâche. Si on peut les aider à choisir judicieusement le domaine et l'intensité de leur bénévolat, cela peut aider beaucoup à réaliser de grands progrès tout en restant en santé.

M. Buell : Je tiens à faire la distinction entre le bénévolat officiel et non officiel. Dans les communautés autochtones, la nature communautaire de la société fait en sorte que chacun apporte une aide informelle et c'est fondamental pour permettre aux personnes âgées de rester dans ces communautés. On y partage même la nourriture. Surtout dans les localités inuites, où la nourriture coûte tellement cher, beaucoup de chasseurs partagent leur nourriture avec les personnes âgées de leur communauté, ce qui leur rend la vie beaucoup plus facile. Ce serait intéressant si l'on pouvait trouver le moyen de généraliser cela.

La présidente : Avant de donner la parole au sénateur Keon, je constate que plusieurs d'entre vous ont fait allusion à la formation des bénévoles. D'après mon expérience, l'une des premières choses qu'il faut apprendre aux bénévoles, c'est de savoir s'occuper des bénévoles.

Le sénateur Keon : Monsieur Durst, quand vous avez pris la parole, vous avez contesté les témoins précédents qui avaient essentiellement dit que l'immigration accroît la population, mais

aging population. In my opinion, you looked at the whole subject from a different direction. You talked about immigrants and said they are aging also, but I suspect the statistics from the previous group and your statistics are correct; it is just a different approach and perception.

Does the time really matter, for example, when the German population of Regina to which you referred are seniors? They have been Canadians for a long time. Are they any different than the rest of Canadians? I must be careful of that. There are huge differences across the population, but are they any different than the general mix?

Mr. Durst: I think that question is good. What I took exception to before was the suggestion that because immigrants and immigration does not change the demographics of aging, we do not need to look at it. That is what I challenged. Maybe I challenge it because that is the heart of a lot of the research I am doing, and my interests. Maybe I have a vested interest. I think it does make a difference. If you go to extended care at Parkside in Regina, at this time of year they are putting up the Christmas lights, and so on. Thursday is perogy, sausage and sauerkraut night. That menu really fits at that centre. However, if the demographics change, someone may have lived on rice and that sort of diet all their life, they do not celebrate Christmas in that way, and they may be of a different faith or background. They may be used to having a large group of family in the room whereas for the other culture group it is one or two people and quiet during visiting hours. One group may want to sing, and have a whole group around the bed and burn incense, and so on. A whole host of associated things is tagged on.

I think of a Lao woman that I know. She was brought over in family reunification. The family worked hard to keep her at home. They received almost no supports, and finally they could not look after her anymore and she came into this nursing home. She is Lao and does not speak English. She has had her family diet all her life and here she will celebrate sauerkraut and perogy night. I just returned from Vietnam and for five weeks I have been on an Asian diet. I look at some of the food that I have been eating and you adjust to it, but this lady died within three weeks. Her family brought in pots of sticky rice and fish, et cetera. The staff tried to be sensitive and care and they did everything possible to accommodate, but still the institutional structure moves in that Christmas season to turkey and dressing diet, music and all of rest of it. Culture is much more than diet and dress. I do not want to give that kind of an impression.

qu'elle n'accroît pas la population âgée. À mon avis, vous avez envisagé toute la question sous un angle différent. Vous avez parlé des immigrants en disant qu'ils vieillissent, eux aussi, mais je soupçonne que les statistiques du groupe précédent et les vôtres sont toutes les deux exactes; c'est seulement une manière différente d'aborder la question, une perception différente.

Le temps a-t-il vraiment de l'importance, par exemple pour la population d'origine allemande de Regina, dont vous avez parlé comme des personnes âgées? Ils sont Canadiens depuis longtemps. Sont-ils différents des autres Canadiens? Je dois peser mes mots. Il y a d'énormes différences entre différents groupes de la population, mais ces gens-là sont-ils le moins différents de l'ensemble de la population?

M. Durst : Je pense que c'est une bonne question. Ce que j'ai contesté tout à l'heure, c'est l'affirmation selon laquelle les immigrants et l'immigration ne changent pas l'aspect démographique du vieillissement et qu'en conséquence, nous n'avons pas besoin d'en tenir compte. Je me suis inscrit en faux contre cela, peut-être parce que c'est au coeur de la recherche que je fais et de mon domaine d'intérêt. Je prêche peut-être pour ma paroisse. Je suis convaincu que cela fait une différence. Si vous allez dans l'établissement de soins prolongés de Parkside, à Regina, à cette époque de l'année, on est en train d'installer les décorations de Noël. Le jeudi, on sert des piroguis, des saucisses et de la choucroute. Ce menu convient parfaitement à la clientèle de cet établissement. Cependant, s'il y a un changement démographique, on peut se retrouver avec des clients qui ont mangé du riz toute leur vie, qui ne fêtent pas Noël, qui n'ont pas la même religion ou qui ont un bagage différent. Ils peuvent être habitués à recevoir un groupe nombreux de leur parenté pendant les heures de visite, tandis que d'autres préfèrent être seuls avec une ou deux personnes et bavarder tranquillement. Certains aiment avoir plein de gens qui chantent autour de leur lit, qui font brûler de l'encens, entre autres. Il y a une foule de petits détails de ce genre dont il faut tenir compte.

Je songe à une femme que je connais, une Laotienne. Elle est venue ici dans le cadre de la réunification des familles. Sa famille a travaillé dur pour lui permettre de rester à la maison. Ces gens-là n'ont eu presque aucune aide. En fin de compte, ils ne pouvaient plus s'occuper d'elle et elle a été placée dans ce foyer de soins personnels. Elle est Laotienne et ne parle pas anglais. Elle a toujours mangé la nourriture traditionnelle de son peuple, et voici qu'elle doit maintenant manger de la choucroute et des piroguis. Je reviens tout juste du Vietnam où, pendant cinq semaines, je me suis habitué au régime alimentaire asiatique. Certains aliments me semblaient étranges, mais je m'y suis habitué. Mais la femme dont j'ai parlé est morte après trois semaines. Sa famille lui apportait des casseroles de riz collant, de poisson, ou autre. Le personnel a essayé d'être sensible à ses besoins et a fait tout son possible pour lui être agréable, mais il n'en demeure pas moins que dans cet établissement, c'est la tradition de Noël qui domine à cette époque de l'année : la dinde, la farce, la musique de Noël et tout le reste. La culture, c'est beaucoup plus que la nourriture et les vêtements. Je ne veux pas donner cette impression.

The staff in this place are all multicultural and they are itching to do some of this. I think the needs will be different. Some of the illnesses and disabilities will be different.

The other thing I found in working with different cultures is that attitudes about receiving and accepting help, dependency, self sufficiency, and so on, are different, as is wanting and asking for help from professionals versus waiting until your granddaughter comes so she can do it for you. There are a lot of cultural things.

With our population clearly aging and our Asian population increasing, I think these changes will have major impacts right away in places such as Vancouver and Toronto; the major cities. I see it in Regina.

Senator Keon: In keeping with that subject, let me shift to you, Mr. Dobie. I would like all four of you to comment on this. I hope I am not being difficult.

At what age would you define a Canadian citizen becoming a senior, Mr. Dobie?

Mr. Dobie: We refer to it as aging, so therefore it is a continuum. The age that is usually considered is 65. I found out that age 65 was an arbitrary figure that came out of Germany during the war. The government had to give out a certain amount of money. They said, this is the amount of money: you tell me at what age I should give this money. The age chosen happened to be 65.

That choice was probably okay in the 1940s, 1950s or 1960s. A lot of people refused to retire at age 65, and rightly so. However, for demographic, economic and pension purposes, we use a figure of 65. It could be challenged easily.

Senator Keon: Ms. Lafontaine, what would be your guess?

Ms. Lafontaine: Our definition would be the same. It would be defined as age 65, due to the pension. As far as our cultural beliefs, an elder can be as young as 15, due to the cultural differences. As far as a government definition of a senior, it would be age 65.

Mr. Buell: Across the different nations within Canada, every community would define an elder as a different thing. Keep in mind that there is a big difference between an elder and a senior in an Aboriginal context.

Senator Keon: I would think it is something totally different, is it not? An elder is a leader, a statesman, and the definition of wisdom, to my way of thinking. I do not know anything about it.

Mr. Buell: Absolutely.

Le personnel de cet établissement est multiculturel et il ne demande pas mieux que de répondre aux besoins. Je pense que les besoins seront différents. On aura aussi affaire à des maladies et des déficiences différentes.

Par ailleurs, j'ai constaté, en travaillant avec des gens de cultures différentes, que leur attitude peut être différente pour ce qui est de recevoir, d'accepter de l'aide, d'être dépendant, de ne plus être autonome. Ce peut être difficile pour ces gens-là de demander l'aide des professionnels, au lieu d'attendre que leur petite-fille vienne s'occuper d'eux. Il y a beaucoup d'éléments culturels dont il faut tenir compte.

Notre population vieillit manifestement et notre population asiatique augmente et je pense que ces changements auront des répercussions profondes et immédiates dans des endroits comme Vancouver et Toronto, les grandes villes. Je le constate même à Regina.

Le sénateur Keon : Toujours sur le même sujet, je m'adresse maintenant à vous, monsieur Dobie. En fait, je vous invite tous les quatre à répondre à ma question. J'espère que je ne suis pas trop exigeant.

À quel âge diriez-vous qu'un citoyen canadien devient une personne âgée, monsieur Dobie?

M. Dobie : Nous parlons de vieillissement et c'est donc un continuum. On dit habituellement que c'est à 65 ans. J'ai constaté que l'âge de 65 ans a été fixé arbitrairement en Allemagne pendant la guerre. Le gouvernement devait distribuer un certain montant d'argent. Les fonctionnaires ont dit : voici le montant d'argent que nous avons; dites-nous à quel âge il faudrait commencer à le distribuer. On a choisi l'âge de 65 ans.

Ce choix était probablement valable dans les années 1940, 1950 ou 1960. Beaucoup de gens refusent de prendre leur retraite à 65 ans, et ils ont bien raison. Cependant, pour des raisons démographiques, économiques et relatives au régime de pension, nous utilisons le chiffre de 65 ans. Cela pourrait être facilement contesté.

Le sénateur Keon : Madame Lafontaine, que répondez-vous à cela?

Mme Lafontaine : Notre définition est la même. L'âge est fixé à 65 ans, à cause de la pension. Du point de vue de nos croyances et de notre culture, un aîné peut être aussi jeune que 15 ans, à cause des différences culturelles. Quant à la définition d'une personne âgée selon le gouvernement, c'est à l'âge de 65 ans.

M. Buell : Dans les différentes nations au Canada, chaque collectivité définit un aîné de manière différente. Ne perdez pas de vue qu'il y a une grande différence entre un aîné et une personne âgée dans le contexte autochtone.

Le sénateur Keon : Je pense que ce sont deux choses complètement différentes, n'est-ce pas? Un aîné, c'est un chef, un homme d'État, c'est l'incarnation de la sagesse, de mon point de vue. En fait, je n'y connais rien.

M. Buell : Absolument.

Mr. Dobie: For demographics too, it is nice to say age 65 today, but if you use demographic studies, you have to use ages that are before that so that you can get ready.

I made mention that the baby boomer, as a large influx of our population, will be seniors soon. It is a special grouping of people: usually economically more favoured, a little more spoiled and a little more demanding. You know what that will do to the health care system. The debate has been going on for years about a two-tier health system. The person who can afford it, which is more apt to be the baby boomer, will be more demanding of that. I do not dare get into that debate.

Population shifts, interests and priorities will obviously change. However, if I were in business or politics, I would say: Okay, this group of 50 to 65 — whatever it is — is a large group and therefore I need to start looking at that group soon.

Senator Keon: Mr. Durst, before you respond, I suspect it was the financial planners that contributed to Freedom 55. I made the cover of a seniors magazine the week after I turned 55. I did not consider it a compliment.

Mr. Durst: Some research has come out of the U.S. on Aboriginal aging. A couple of authors have suggested, when thinking about Aboriginal First Nations seniors and aging, to think about 55 as being equivalent to 65. They said, we ought to look at providing services and programs for a younger chronologically aged group for seniors due to the health and social conditions, diabetes, and so on. That is important. That is where we need to be conscious and sensitive to not aggregating large data and not making assumptions about different groups.

The Chairman: I think it is fair to say that the first definition of aging at 65 came from Chancellor Otto von Bismarck. He became Chancellor of Germany shortly after 1870 with the unification of Germany. That is the old history teacher in me. He was only in his 40s at the time and the lifespan of the average German was less than 65. When he introduced a social policy to cover those over 65, he did it for a small group of people.

[Translation]

Senator Chaput: I want to make sure that I have understood correctly. Demographic data on the aging of the Canadian population from Statistics Canada are aggregate data, obtained by province and territory.

M. Dobie : Du point de vue démographique, on utilise aujourd'hui l'âge de 65 ans, mais quand on fait des études démographiques, il faut englober des personnes plus jeunes que cet âge, de manière à être prêt.

J'ai dit tout à l'heure que les gens de la génération d'après-guerre, qui constituent une proportion importante de notre population, seront bientôt des personnes âgées. C'est un groupe particulier : des gens généralement plus à l'aise financièrement, un peu plus gâtés et un peu plus exigeants. Vous savez quelles en seront les conséquences pour le système de soins de santé. Le débat fait rage depuis des années sur l'éventualité d'un système de santé à deux vitesses. Celui ou celle qui peut se le permettre, et qui a de bonnes chances de faire partie de cette génération d'après-guerre, aura des exigences plus grandes à ce sujet. Je n'ose pas m'aventurer dans ce débat.

Il est évident que les tendances démographiques, les intérêts et les priorités vont changer. Cependant, si j'étais dans le milieu des affaires ou de la politique, je dirais : bon, ce groupe âgé de 50 à 65 ans — quel que soit l'âge fixé — est un groupe très nombreux et je ferais donc mieux de commencer à m'en occuper très bientôt.

Le sénateur Keon : Monsieur Durst, avant de vous inviter à répondre, je soupçonne que c'est à cause des planificateurs financiers qui ont inventé le programme Liberté 55. J'ai fait la couverture d'un magazine pour personnes âgées la semaine même où j'ai eu 55 ans. Je n'ai pas trouvé que c'était un compliment.

M. Durst : Certains travaux de recherche ont été faits aux États-Unis sur le vieillissement de la population autochtone. Deux auteurs ont proposé d'utiliser l'âge de 55 ans comme équivalent de 65 ans pour les personnes âgées et le vieillissement des Premières nations et des Autochtones. Selon eux, nous devrions envisager d'offrir des services et des programmes à un groupe de personnes âgées chronologiquement plus jeunes, à cause de leur état de santé, de leurs conditions sociales, du diabète, et cetera. C'est un aspect important. Nous devons être sensibles à cette réalité et éviter de faire des généralisations à partir de données globales, éviter de poser des hypothèses sur différents groupes.

La présidente : Je crois qu'il est juste de dire que c'est le chancelier Otto von Bismarck qui a été le premier à fixer à 65 ans l'âge auquel on devient une personne âgée. Il est devenu chancelier de l'Allemagne peu après 1870, au moment de l'unification de l'Allemagne. C'est le professeur d'histoire en moi qui remonte à la surface. Il était seulement dans la quarantaine à l'époque et l'espérance de vie en Allemagne était inférieure à 65 ans. Quand il a établi une politique sociale applicable aux personnes de 65 ans et plus, cette politique s'appliquait à un petit groupe de gens.

[Français]

Le sénateur Chaput : Je veux m'assurer que j'ai bien compris. Les données démographiques sur le vieillissement de la population canadienne que présente Statistique Canada sont obtenues de façon générale, soit par province et par territoire.

If we had a different breakdown of these data, either by identifying more specific client groups such as Natives, Inuit people, Metis or immigrants, we would probably have a more realistic picture of the conditions of an aging population in Canada.

If that was the case, we might draw conclusions that would help developing politics that would be more focused on the needs of this aging population in Canada. I am putting the question to whoever might want to answer it. Would there be a difference if data were collected in a more directed and specific way?

Mr. Dobie: Obviously, different communities have different needs. The only group that you have overlooked are aging single women and we have been able to identify this group of people. So I would say that when we identify target groups, we have to make adjustments.

Representatives of First Nations have stated that the problem is rather acute among some people who are younger than 65. That is the reason why we have to make adjustments.

Senator Chaput: Mr. Durst mentioned that one out of 20 senior person is from Asia. That is what I understood during his presentation. I believe that this person also has different needs when getting old. If we took into consideration these different needs, would that affect decisions that are made at the policy level?

[English]

I am not sure if my question is clear.

Mr. Durst: It is an interesting question. Some needs are the same and some are different.

My mother was of Irish background and she was a fighter. She wanted to stay in her own home all her life. She had a concept associated with independence and she refused a lot of help. It was difficult for my brothers and me to support her because she wanted to be independent. She talked about being a burden and did not want to be a burden on her sons. She wanted to die in her own home, and she did.

Someone from a different cultural background may not have that same understanding of independence and self-sufficiency, and may be comfortable being surrounded by family members. In fact, that may change over time as well.

When we think about policies and certain kinds of programs, we need to, first, appreciate that we may have different understandings or appreciations of what their needs are. Second, we do not necessarily assume that if we provide the program, they will access it.

This is where the good example of the Aboriginal and First Nations seniors in our cities comes in. They are there and they would love to have the services, but they are somehow falling

Si on traitait ces données de façon différente, soit en identifiant des clientèles plus spécifiques comme les Autochtones, les Inuits, les Métis ou les immigrants, on aurait sans doute un portrait plus réaliste de la condition de la population vieillissante au Canada.

Si c'était le cas, les conclusions qu'on en tirerait nous permettraient d'élaborer des politiques plus adaptées aux besoins de cette population vieillissante au Canada. Je pose la question à quiconque veut bien y répondre. Est-ce qu'il pourrait y avoir une différence si les données étaient recueillies de façon plus dirigée, plus spécifique?

M. Dobie : Il est évident que différentes communautés ont différents besoins. Le seul groupe que vous avez omis de mentionner, ce sont les femmes vieillissantes et qui sont seules et on a pu identifier ce groupe de personnes. Je dirais donc que lorsqu'on identifie des groupes cibles il faut faire des ajustements.

Des représentants des Premières nations ont affirmé que le problème est assez aigu chez des personnes âgées de moins de 65 ans. C'est la raison pour laquelle il faut faire des ajustements.

Le sénateur Chaput : Monsieur Durst a mentionné qu'une personne âgée sur 20 est asiatique. C'est ce que j'ai compris lors de sa présentation. Je crois que cette personne a aussi des besoins différents en vieillissant. Si on prenait en considération ces différents besoins, est-ce que cela affecterait les décisions prises sur le plan des politiques?

[Traduction]

Je ne suis pas certaine que ma question soit claire.

M. Durst : C'est une question intéressante. Certains besoins sont les mêmes et certains sont différents.

Ma mère était d'origine irlandaise et elle était une battante. Elle voulait rester dans sa maison toute sa vie. Elle était indépendante et elle refusait beaucoup d'aide. C'était difficile pour mes frères et moi-même de l'aider, parce qu'elle voulait être indépendante. Elle disait qu'elle était un fardeau et elle ne voulait pas devenir un fardeau pour ses fils. Elle voulait mourir dans sa propre maison, et c'est ce qu'elle a fait.

Une personne d'une autre origine, ayant un bagage culturel différent, n'aurait peut-être pas cette même perception de l'indépendance et de l'autonomie et serait peut-être à l'aise entourée des membres de sa famille. En fait, cela peut changer aussi avec le temps.

Quand nous réfléchissons aux politiques et aux divers programmes, nous devons, premièrement, comprendre que nous avons peut-être une compréhension différente des besoins de ces personnes. Deuxièmement, nous ne devons pas supposer que si nous fournissons les programmes, ces personnes vont nécessairement s'en prévaloir.

À cet égard, on pourrait donner l'exemple des personnes âgées autochtones dans nos villes. Ces personnes aimeraient beaucoup avoir les services, mais elles se trouvent en quelque sorte à passer

through the cracks and not getting those services, especially our Aboriginal seniors in the cities. They are lost in the system.

In Regina, about 11 per cent or 12 per cent of the population is Aboriginal, either Metis or First Nation. Yet, if you go to the various programs, 12 per cent of the clients are not Aboriginal. Where are they and why are they not accessing the services?

That is where we think about the different needs and different perceptions about isolation, independence, self-sufficiency and those sorts of things.

Senator Murray: Ms. Lafontaine, we can get these statistics, but if you have them at hand, you can put them on the record now. Life expectancy for Aboriginal women, you told us in your statement, is 76.3 years versus 82.1 years for non-Aboriginal women; for Aboriginal men, it is 68.9 years versus 77.2 years for non-Aboriginal men.

Do you know what the life expectancy was 10 or 20 years ago? In particular, do you know whether the gap has narrowed at all between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians?

Mr. Buell: I do not have the statistics but they exist. The gap is narrowing, absolutely. Over the past four or five decades, the gap has narrowed greatly, in fact.

Senator Murray: What about over the last one or two decades?

Mr. Buell: It has continued to narrow. I do not have the statistics in front of me.

Senator Murray: It must have been one heck of a gap a few years ago. This gap is substantial — 76 versus 82, in one case and 68 versus 77 in the other case.

Ms. Lafontaine: The National Aboriginal Health Organization is one component, and we do not represent all people. However, what we bring to the table is identifying some of the research and findings we have in hand. The committee needs to consider bringing the Assembly of First Nations, the Metis National Council and Inuit Tapirisat to the table to discuss the populations specifically, because they would have further information to enhance this brief presentation that we did here today.

Senator Murray: Apart from the National Aboriginal Health Organization, are there other organizations attempting to speak for Aboriginal seniors specifically?

Ms. Lafontaine: They would be represented by the First Nations — the Assembly of First Nations, Metis National Council and Inuit Tapirisat.

Senator Murray: Professor Durst, I will not pursue the matter that Senator Keon raised, but I was interested in what you tried to tell us about the Germans and Ukrainians. The statistic was that 50 per cent of those over age 75 in Regina are foreign-born. I do not know what the absolute numbers would be. Do you have a ballpark?

entre les mailles du filet et n'obtiennent pas ces services, surtout nos personnes âgées autochtones dans les grandes villes. Elles sont perdues dans le système.

À Regina, environ 11 p. 100 ou 12 p. 100 de la population est autochtone, étant des Métis ou des membres des Premières nations. Pourtant, si l'on examine les divers programmes, il n'y a pas 12 p. 100 de leur clientèle qui est autochtone. Où sont-ils donc et pourquoi n'accèdent-ils pas aux services?

C'est là qu'entre en jeu toute la notion des besoins différents, des perceptions différentes en matière d'isolement, d'indépendance, d'autonomie, etc.

Le sénateur Murray : Madame Lafontaine, nous pouvons obtenir ces statistiques, mais si vous les avez sous la main, je vous invite à les consigner tout de suite au compte rendu. L'espérance de vie des femmes autochtones, d'après ce que vous nous avez dit dans votre exposé, est de 76,3 ans, contre 82,1 pour les femmes non autochtones; pour les hommes autochtones, c'est de 68,9 ans, contre 77,2 pour les hommes non autochtones.

Savez-vous quelle était l'espérance de vie il y a 10 ans ou 20 ans? En particulier, savez-vous si l'écart a diminué le moins du monde entre les Canadiens autochtones et non autochtones?

M. Buell : Je n'ai pas les statistiques, mais elles existent. L'écart diminue, absolument. En fait, depuis quatre ou cinq décennies, l'écart a diminué énormément.

Le sénateur Murray : Et depuis 10 ou 20 ans?

M. Buell : L'écart a continué à diminuer. Je n'ai pas les chiffres sous la main.

Le sénateur Murray : L'écart a dû être énorme il y a quelques années. Cet écart est encore considérable : 76 contre 82 dans un cas et 68 contre 77 dans l'autre cas.

Mme Lafontaine : L'Organisation nationale pour la santé autochtone est un élément, et nous ne représentons pas tout le monde. Cependant, ce que nous apportons à la table, c'est la faculté d'identifier certaines recherches et constatations. Le comité doit envisager de convoquer l'Assemblée des Premières nations, le Conseil national métis et Inuit Tapirisat, afin de discuter plus précisément de la population, car ces organisations ont des renseignements plus détaillés qui pourraient compléter ce bref exposé que nous avons fait ici aujourd'hui.

Le sénateur Murray : À part l'Organisation nationale pour la santé autochtone, y a-t-il d'autres organisations qui tentent de parler au nom des personnes âgées autochtones?

Mme Lafontaine : Ces personnes sont représentées par les Premières nations : l'Assemblée des Premières nations, le Conseil national métis et Inuit Tapirisat.

Le sénateur Murray : Professeur Durst, je ne reviendrai pas sur la question soulevée par le sénateur Keon, mais j'ai trouvé intéressant ce que vous nous avez dit au sujet des Allemands et des Ukrainiens. Vous avez dit que 50 p. 100 des personnes âgées de plus de 75 ans à Regina sont nées à l'étranger. J'ignore ce que ça représente en chiffres absolus. En avez-vous une idée?

Mr. Durst: Absolute numbers of over age 75?

Senator Murray: Yes; there is a population of 200,000 in Regina in total.

Mr. Durst: I forget. I would like to make one comment about the life expectancy among Aboriginal people. In the last numbers I looked at, a decade or so ago, there was a difference of 10 or 11 years between Aboriginal and non-Aboriginal groups. It has decreased closer to 6 or 6.5 years. However, what was interesting is that the numbers have improved for men at a faster rate than for women. This number is life expectancy, so that incorporates accidents, disease, early death and all those sorts of things. That number was interesting. Those numbers would be available from Statistics Canada and from the Department of Indian and Northern Affairs.

Senator Murray: The gap, according to Ms. Lafontaine, is narrower for women than it is for men.

Mr. Durst: But it has improved faster for men. It still has not caught up. The men have not caught the women, but the women have seen less benefit than the men in terms of improved health care, safety and so on.

Senator Murray: In terms of life expectancy, the reason that you suggest for that slower improvement on the part of women is that the availability or quality of health care for women is not as good as it is for men.

Mr. Durst: Or safety as well — violence against women, disease or medical attention. I do not think anyone really knows. It is a curious twist in the numbers that I saw.

Senator Murray: I agree with what you said about the GIS. I do not see how there is, or could be, any serious disincentive to save for those who receive the GIS, unless some genius in the government decides sometime to start imputing income, including the value of a person's house or something like that.

I agree with you also about the 85 formula that has been negotiated as part of collective bargaining. However, one issue that I think we will face, knowing what we know about the aging of the population, is whether there are professions or lines of work where we might think about providing incentives for people to stay on longer. I wish we had more time with the macro economist. What do you say from your perspective?

Mr. Durst: It is just a thought. To me, mandatory retirement is being swept away across the country in one province after another. It has a lot of implications in terms of employer-employee relations and collective bargaining. I think we will see some changes when employers hire people, with more term positions.

M. Durst : Le nombre total de personnes âgées de plus de 75 ans?

Le sénateur Murray : Oui; la population totale de Regina est de 200 000 habitants.

M. Durst : Je ne m'en rappelle plus. Je voudrais faire un commentaire au sujet de l'espérance de vie des Autochtones. D'après les derniers chiffres que j'ai consultés, il y a environ 10 ans, il y avait une différence de 10 ou 11 ans entre les Autochtones et les non-Autochtones. L'écart s'est rétréci et est maintenant plus près de six ou 6,5 ans. Cependant, ce qui était intéressant, c'est que la situation s'est améliorée plus vite pour les hommes que pour les femmes. Ce chiffre représente l'espérance de vie et englobe donc les accidents, maladies, décès précoces, etc. Ce chiffre était intéressant. On peut obtenir ces chiffres de Statistique Canada et du ministère des Affaires indiennes et du Nord.

Le sénateur Murray : D'après Mme Lafontaine, l'écart est moindre pour les femmes que pour les hommes.

M. Durst : Mais l'amélioration a été plus rapide pour les hommes. Le rattrapage n'est toujours pas complété. Les hommes n'ont pas rattrapé les femmes, mais les femmes ont moins bénéficié que les hommes de l'amélioration des soins de santé, de la sécurité, etc.

Le sénateur Murray : En termes d'espérance de vie, vous laissez entendre que la raison pour laquelle l'amélioration est plus lente parmi les femmes est que la disponibilité ou la qualité des soins de santé n'est pas aussi bonne pour les femmes que pour les hommes.

M. Durst : Il y a aussi la sécurité : la violence faite aux femmes, les maladies, l'attention médicale. Je pense que personne ne le sait vraiment. C'est une curiosité statistique que j'ai constatée.

Le sénateur Murray : Je suis d'accord avec ce que vous avez dit au sujet du SRG. Je ne vois pas comment il pourrait y avoir la moindre désincitation à l'épargne pour ceux qui touchent le SRG, à moins que quelque génie quelque part au gouvernement ne décide à un moment donné de commencer à imputer le revenu, y compris la valeur de la maison d'une personne ou quelque chose du genre.

Je suis également d'accord avec vous au sujet de la règle de 85 qui a été négociée collectivement. Cependant, je pense que nous sommes toujours confrontés à un problème, sachant ce que nous savons au sujet du vieillissement de la population, à savoir qu'il y a des professions ou des domaines professionnels dans lesquels nous pourrions envisager de donner aux gens une incitation à travailler plus longtemps. J'aimerais que nous ayons plus de temps pour discuter avec le spécialiste en macro-économie. Qu'en dites-vous, de votre point de vue?

M. Durst : C'est une piste de réflexion. Pour moi, la retraite obligatoire est balayée d'un bout à l'autre du pays, dans une province après l'autre. Cela a beaucoup de répercussions sur le plan des relations employeur-employé et des négociations collectives. Je pense qu'on constatera des changements au niveau du recrutement des employés, les employeurs créant un plus grand nombre de postes d'une durée déterminée.

I know in the university they are already talking about those changes, and issues about tenure and all kinds of performance indicators. Then there is the rights argument, of people having that right to choose. I think it will change things a lot.

Senator Murray: If we need more teachers and cannot find them, would we provide incentives for teachers, or nurses, for example — there is a shortage of nurses, partly because of bad policy guesses that were made a few years ago? Should we provide incentives for them to work longer?

Mr. Dobie: Presently, we have a disincentive to bringing people back into the workforce, with the cap in their pension at \$58,000. If a teacher, for instance, receives a pension of \$45,000 or \$50,000, as soon as the teacher finds another type of employment, then receives \$58,000 or \$60,000, the teacher works for absolutely nothing. There is a disincentive now with the caps.

Even if we do not look at salary, we need ways of acknowledging contribution, through certain types of fiscal receipts or something of that nature, to make it attractive for a person to give their talents back to society. Right now for a person to go back into the workforce, the person might as well volunteer on an ad hoc basis because that is what they are doing.

I think that area needs to be looked at.

The Chairman: I am delighted with the level of testimony we heard this afternoon. I appreciate your coming.

Honourable senators, I will recommend our research people do a demographic comparison between Aboriginals and non-Aboriginals on a decade basis. I think you may find some of that material in the status report on Aboriginals, in terms of the Aboriginal commission. I think we need to take a careful look at that.

Again, let me thank all of you. It has been a good day to begin our study, and that was mainly due to the presentations that you made before us this afternoon.

The committee adjourned.

Je sais que dans les universités, on discute déjà de ces changements et de toute la question de la permanence et des indicateurs de rendement. Et puis il y a l'argument des droits, c'est-à-dire que les gens ont le droit de choisir. Je pense que cela va changer bien des choses.

Le sénateur Murray : Si nous avons besoin d'enseignants et que nous n'arrivons pas à en trouver, offrirons-nous des incitations aux enseignants, ou bien aux infirmières, par exemple — il y a en effet pénurie d'infirmières, en partie à cause des mauvaises décisions que nous avons prises il y a quelques années? Devrions-nous leur offrir des encouragements pour les inciter à travailler plus longtemps?

M. Dobie : Actuellement, il y a une désincitation pour ce qui est de faire revenir les gens dans la population active, leur pension étant plafonnée à 58 000 \$. Si un enseignant, par exemple, touche une pension de 45 000 \$ ou 50 000 \$, dès qu'il trouve un autre emploi, pour lequel il est payé 58 000 \$ ou 60 000 \$, il travaille alors absolument gratuitement. Ce plafonnement constitue actuellement une désincitation.

Même si l'on ne s'attarde pas au salaire, nous devons trouver des manières de reconnaître la contribution, au moyen de mesures fiscales quelconques, pour qu'il devienne attrayant de faire bénéficier la société de ces talents. À l'heure actuelle, une personne qui veut revenir sur le marché du travail ferait aussi bien de travailler bénévolement et ponctuellement, et c'est effectivement ce que les gens font.

Je trouve qu'il faut revoir toute cette problématique.

La présidente : Je suis ravie du niveau de témoignages que nous avons entendus cet après-midi. Je vous remercie d'être venus.

Honorables sénateurs, je vais recommander à nos attachés de recherche de faire une comparaison démographique entre Autochtones et non-Autochtones par décennie. Je pense que vous trouverez peut-être cette documentation en partie dans le rapport d'étape sur les Autochtones, celui de la commission sur les Autochtones. Je pense que nous devons examiner cela de très près.

Encore une fois, merci à vous tous. C'est un excellent départ pour notre étude et c'est principalement dû à la qualité des exposés que vous nous avez faits cet après-midi.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, November 27, 2006

Statistics Canada:

Pamela White, Director, Demography Division;
Laurent Martel, Analyst, Research and Analysis Section,
Demography Division.

As an individual:

Byron Spencer, Professor, Economics, McMaster University.

National Aboriginal Health Organization:

Carole Lafontaine, Acting Chief Executive Officer;
Mark Buell, Manager, Policy/Communications Unit.

National Advisory Council on Aging:

Robert Dobie, Acting Chair;
Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors, Centre for
Healthy Human Development, Public Health Agency of Canada.

As an individual:

Douglas Durst, Professor, Faculty of Social Work, University of
Regina.

TÉMOINS

Le lundi 27 novembre 2006

Statistique Canada :

Pamela White, directrice, Division de la démographie;
Laurent Martel, analyste, Section de la recherche et de l'analyse
Division de la démographie.

À titre personnel :

Byron Spencer, professeur d'économie, McMaster University.

Organisation nationale de la santé autochtone :

Carole Lafontaine, présidente-directrice générale intérimaire;
Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.

Conseil consultatif national sur le troisième âge :

Robert Dobie, président intérimaire;
Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés
Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé
publique du Canada.

À titre personnel :

Douglas Durst, professeur, Faculté de travail social, Université de
Regina.



CA1
YC2
-2006
A33

Government
Publications



First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Monday, December 4, 2006
Monday, December 11, 2006

Le lundi 4 décembre 2006
Le lundi 11 décembre 2006

Issue No. 2

Fascicule n° 2

Second and third meetings on:
Special study on aging

Deuxième et troisième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., Chair

The Honourable Wilbert J. Deputy Chair

and

The Honourable Senators:

Chaput	* LeBreton, P.C.
Cordy	(or Comeau)
Johnson	Mercer
* Hays	Murray, P.C.
(or Fraser)	

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput	* LeBreton, C.P.
Cordy	(ou Comeau)
Johnson	Mercer
* Hays	Murray, C.P.
(ou Fraser)	

*Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, December 4, 2006

(3)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:35 p.m. in room 9, Victoria Building, the Chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Keon, Mercer and Murray, P.C. (6).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool, Michael Toye and Howard Chodos, Research Analysts.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 7, 2006 the committee resumed its consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For the full text of the Order of Reference, see Issue No. 1, Monday, November 27, 2006.*)

WITNESSES:*Human Resources and Social Development Canada:*

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation;

John Connolly, Acting Director General, Partnerships Division, Community Development and Partnerships Directorate;

Marla Israel, Director, International Policy and Agreements, Seniors and Pensions Policy Secretariat;

John Rath-Wilson, Director General, Operations and Processing.

Public Health Agency of Canada:

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors, Centre for Healthy Human Development.

Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch:

Leslie MacLean, Director General, Non-Insured Health Benefits;

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada:

Havelin Anand, Director General, Social Policy and Programs Branch.

Veterans Affairs Canada:

Bryson Guptill, Director General, Program and Service Policy Division.

Canada Mortgage and Housing Corporation:

Douglas Stewart, Vice-President, Policy Planning.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 4 décembre 2006

(3)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 35 dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du Comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Keon, Mercer et Murray, C.P., (6).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool, Michael Toye et Howard Chodos, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 7 novembre 2006, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 1 du lundi 27 novembre 2006.*)

TÉMOINS :*Ressources humaines et Développement social Canada :*

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation;

John Connolly, directeur général par intérim, Division des partenariats, Direction du développement communautaire et des partenariats.

Marla Israel, directrice, Politique et accords internationaux, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions.

John Rath-Wilson, directeur général, Opérations et traitements.

Agence de santé publique du Canada :

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés, Centre de développement de la santé humaine.

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits :

Leslie MacLean, directrice générale, Services de santé non assurés;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Havelin Anand, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

Anciens Combattants Canada :

Bryson Guptill, directeur général, Politique en matière de programmes et de services.

Société canadienne d'hypothèques et de logement :

Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques.

Treasury Board of Canada Secretariat:

Dan Danagher, Executive Director, Labour Relations and Compensation Operations.

Public Service Human Resources Management Agency of Canada:

Cecilia Muir, Director General, Public Service Renewal and Diversity.

The Chairman made a statement.

Mr. Hicks, Ms. Gillis, Ms. MacLean, Ms. Woods, Ms. Anand, Mr. Guptill, Mr. Stewart and Mr. Danagher made presentations.

Mr. Hicks, Ms. Gillis, Ms. MacLean, Ms. Woods, Mr. Guptill, Mr. Stewart, Mr. Danagher, Mr. Connolly, Ms. Israel, Mr. Rath-Wilson and Ms. Muir answered questions.

At 2:45 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière intérimaire du comité,

Keli Hogan

Acting Clerk of the Committee

OTTAWA, Monday, December 11, 2006

(4)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:37 p.m. in room 9, Victoria Building, the Chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Keon, Mercer and Murray, P.C. (6).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool, Michael Toye, Research Analysts.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 7, 2006, the committee resumed its consideration of the implications of an aging society in Canada. (For the full text of the Order of Reference, see Issue No. 1, Monday, November 27, 2006.)

*WITNESSES:**Canada's Association for the Fifty-plus, CARP:*

Judy Cutler, Director of Government Relations;

Taylor Alexander, Consultant in Aging Policy and Continuing Care.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada :

Dan Danagher, directeur exécutif, Relations de travail et opérations de rémunération.

Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada :

Cecilia Muir, directrice générale, Renouvellement et diversité de la fonction publique.

La présidente fait une déclaration.

M. Hicks, Mme Gillis, Mme MacLean, Mme Woods, Mme Anand, M. Guptill, M. Stewart et M. Danagher font des exposés.

M. Hicks, Mme Gillis, Mme MacLean, Mme Woods, M. Guptill, M. Stewart, M. Danagher, M. Connolly, Mme Israel, M. Rath-Wilson et Mme Muir répondent aux questions.

À 14 h 45, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 11 décembre 2006

(4)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 37 dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du Comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Keon, Mercer et Murray, C.P. (6).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool, Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 7 novembre 2006, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 1 du lundi 27 novembre 2006.*)

*TÉMOINS :**Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP) :*

Judy Cutler, directrice, Relations gouvernementales;

Taylor Alexander, consultant en politique sur le vieillissement et en soins continus.

The Royal Canadian Legion:

Jack Frost, Dominion President;

Pierre Allard, Director, Service Bureau.

International Federation on Ageing:

Jane Barratt, Secretary General.

Canadian Institutes of Health Research:

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute on Aging.

Canadian Association on Gerontology:

Sandra P. Hirst, President.

National Initiative for the Care of the Elderly:

Lynn McDonald, Scientific Director.

Ms. Cutler and Ms. Barratt, as well as Mr. Frost, made presentations and then, together with Mr. Allard, answered questions.

At 1:57 p.m., the committee suspended its sitting.

At 2:03 p.m., the committee resumed its sitting.

Ms. Martin-Matthews, Ms. Hirst and Ms. McDonald made presentations and then answered questions.

At 3:21 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Légion royale canadienne :

Jack Frost, président national;

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide.

Fédération internationale du vieillissement :

Jane Barratt, secrétaire générale.

Instituts de recherche en santé du Canada :

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

Association canadienne de gérontologie :

Sandra P. Hirst, présidente.

Initiative nationale pour le soin des personnes âgées :

Lynn McDonald, directrice scientifique.

Mmes Cutler et Barratt ainsi que M. Frost font des exposés puis, assistés de M. Allard, répondent aux questions.

À 13 h 57, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 3, le comité reprend ses travaux.

Mmes Martin-Matthews, Hirst et McDonald font des exposés puis répondent aux questions.

À 15 h 21, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

Le greffier du comité,

François Michaud

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, December 4, 2006

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:35 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable colleagues, welcome again to a meeting of the Special Senate Committee on Aging, a committee that is examining the implications of an aging society in Canada. As you notice, we have a great number of witnesses before us today. We have essentially called in all those departments of the federal government that have a special interest in dealing with those who are aging in our society, and we want to hear from all of them today.

We will go around the room starting on my left. We have Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation, Human Resources and Social Development Canada, HRSDC; Margaret Gillis, Director, Public Health Agency of Canada; Leslie MacLean and Shelagh Woods, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.

[*Translation*]

We have Ms. Havelin Anand, Director General, Social Policy and Programs Branch, Indian and Northern Affairs; Mr. Bryson Guptill, Director General, Program and Service Policy Program, Veteran Affairs Canada; Douglas Stewart, Vice-President, Policy and Planning Sector, Canada Mortgage and Housing Corporation.

[*English*]

We have the secretary of the Treasury Board of Canada Secretariat represented by Dan Danagher, who is the Executive Director, and from Public Service Renewal and Diversity in Public Service Human Resources Management Agency of Canada, Cecilia Muir, who is Director General.

I understand Ms. Muir is not here to speak, but will answer questions.

[*Translation*]

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation, Human Resources and Social Development Canada: Madam Chair, on behalf of the Minister of Human Resources and Social Development Canada and the Minister responsible for Seniors, I am pleased to give you an overview of the role played by the department in preparing for the effects of a rapidly aging population.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 4 décembre 2006

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 35 pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables collègues, je vous souhaite une fois de plus la bienvenue à la réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne. Comme vous le remarquerez, nous accueillons de nombreux témoins aujourd'hui. Essentiellement, nous avons demandé à tous les ministères fédéraux qui s'intéressent particulièrement au vieillissement de notre société de déléguer des représentants que nous entendrons tous aujourd'hui.

Nous allons faire le tour de la salle en commençant à ma gauche. Nous accueillons M. Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation, Ressources humaines et Développement social Canada, RHDSC; Mme Margaret Gillis, directrice, Agence de santé publique du Canada; Mmes Leslie MacLean et Shelagh Woods, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.

[*Français*]

Nous avons Mme Havelin Anand, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes, Affaires indiennes et du Nord Canada, M. Bryson Guptill, directeur général, Politique en matière de programme et de service, Anciens Combattants Canada, Douglas Stewart, vice-président, Politiques et planification, Société canadienne d'hypothèques et de logement.

[*Traduction*]

Nous accueillons également un représentant du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada en la personne de M. Dan Danagher qui en est le directeur exécutif, ainsi que Mme Cecilia Muir, directrice générale, Renouvellement et diversité de la fonction publique, Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada.

On m'a dit que Mme Muir ne fera pas de déclaration, mais qu'elle répondra aux questions.

[*Français*]

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation, Ressources humaines et Développement social Canada : Madame la présidente, au nom du ministre des Ressources humaines et du Développement social, également ministre responsable des aînés, j'ai le plaisir de vous présenter aujourd'hui un survol du rôle que joue le ministère dans la préparation aux effets du vieillissement rapide de la population.

[English]

The mandate of our department, broadly stated, is to develop policies and programs that enable Canadians to use their talents, skills and resources to participate in learning and work in the community and to be supported as they move through life's transitions. As pensions are our largest programs, seniors are for us a priority target group. However, the department's work also embraces many other issues associated with population aging.

I have only a few minutes so I would like to touch on these programs and conclude with observations you may find interesting with respect to the usefulness of the concept of aging as a way of framing policy agendas.

With respect to income security, Canada is in the enviable position of being one of the few countries that has a public pension system that is both sustainable and successful in meeting its objectives. The chief actuary has confirmed that changes made to the Canada Pension Plan, CPP, in 1998 have put the plan in a sound financial footing for at least the next 75 years and that includes the peak of the aging population.

The Old Age Security Program, OAS, has been a driving factor in the dramatic decrease we have seen in poverty amongst Canadian seniors. Between 1980 and 2004, the incidents of poverty fell from 21 per cent to an all-time low of 5.6 per cent: from one of the worst in the OECD to one of the best, close to the best, in that time frame. Together, the CPP and OAS have put \$50 billion in the hands of seniors every year. Last week, our minister introduced Bill C-36 into the House of Commons to make further amendments to the CPP and OAS. If passed, those amendments will make it easier for seniors to apply for benefits and ease eligibilities for certain claimants. We have experts present — I am not one of them — who can answer technical details on any of the matters on public pensions now and later on in these hearings.

However, pension work is only one part of our work. We do policy and research work and outreach that extend well beyond public pensions to the entire retirement income system. We also work with private employer pension plans, private savings and many other dimensions of population aging. For example, with respect to family care giving, which will be affected by aging, this government expanded the definition of "family member" under the Employment Insurance compassionate care program to make it easier for Canadians to take time off work to take care of terminally ill loved ones.

[Traduction]

Le mandat du ministère, en termes généraux, consiste à élaborer des politiques et des programmes qui permettent aux Canadiens de mettre à profit leurs talents, leurs compétences et leurs ressources, afin de poursuivre leur apprentissage et de jouer un rôle actif au sein du marché du travail et de leur collectivité et de les aider à les soutenir à mesure qu'ils franchissent les étapes de transition de leur vie. Comme le Régime de pensions est notre programme le plus important, les aînés représentent pour nous un groupe de clients prioritaires. Notre travail touche cependant aussi les aspects plus larges associés au vieillissement de la population.

Comme seulement quelques minutes me sont attribuées, j'aimerais aborder quelques-uns de ces programmes et conclure avec des observations, qui pourront peut-être vous être utiles, sur le concept de vieillissement de la population et les moyens d'élaborer des politiques.

En ce qui a trait à la sécurité du revenu, le Canada peut maintenant se vanter d'être l'un des rares pays à avoir un système de pensions public qui soit viable et qui atteint ses objectifs. L'actuaire en chef a confirmé que les changements apportés au Régime de pensions du Canada en 1998 ont permis d'assurer les assises du Régime au moins pour les 75 années à venir, y compris pendant les années où le vieillissement de la population sera à son niveau le plus élevé.

Le programme de la Sécurité de la vieillesse (SV) joue beaucoup dans la diminution considérable de la pauvreté chez les aînés du pays. En effet, de 1980 à 2004, le pourcentage d'aînés vivant dans la pauvreté est passé de 21 p. 100 à un niveau inférieur jamais atteint de 5,6 p. 100, se classant parmi les pires des pays de l'OCDE pour devenir l'un des meilleurs, sinon le meilleur, au cours de cette période. Ensemble, le RPC et la SV ont permis aux aînés canadiens de recevoir 50 milliards de dollars chaque année. La semaine dernière, notre ministre a déposé le projet de loi C-36 à la Chambre des communes pour apporter d'autres modifications au RPC et à la SV. Si elles sont adoptées, ces modifications auront pour effet de faciliter le processus de demande de prestations et d'assouplir les critères d'admissibilité pour certains prestataires. Je suis accompagné d'experts — et je ne figure pas parmi ce nombre — qui peuvent répondre à des détails techniques si vous avez des questions sur le Régime de pensions maintenant et plus tard au cours de la présente audience.

Toutefois, notre travail sur les pensions n'est qu'un élément de nos activités. Nous faisons du travail de recherche et de politique ainsi que du travail de sensibilisation qui vont bien au-delà des retraites publiques pour nous intéresser à tout le système de revenu de retraite. Nous travaillons également en collaboration avec des régimes de retraite privés de l'employeur, des régimes d'épargne-retraite privés et de nombreux autres segments de notre population vieillissante. Par exemple, en ce qui concerne la prestation de soins à un membre de la famille, qui sera touché par le vieillissement, notre gouvernement a élargi la définition de « membre de la famille » dans le cadre du programme de prestations de soignant de l'assurance-emploi pour faire en sorte qu'il soit plus facile pour les Canadiens de prendre congé du travail pour prodiguer des soins à un être cher en phase terminale.

Community involvement is another example. I am told that you are interested in hearing more about our department's New Horizons for Seniors program. The program provides grants of up to \$25,000 for community projects that encourage seniors to share their skills, experience and wisdom in support of their communities and promote ongoing involvement of seniors in communities to avoid the risk of social isolation.

Older workers are another example. This government recently announced \$70 million for a national cost-shared program with the provinces and territories called the Targeted Initiative for Older Workers that will help unemployed older workers remain active and productive participants in the labour market while their communities undergo adjustment. We are also taking some feasibility work around longer-term approaches towards older workers.

I want to touch briefly on collaborative work that our department leads with other federal departments and other governments. For example, our minister co-chairs the forum of federal, provincial and territorial ministers with responsibility for seniors, which currently focuses its work on elder abuse, healthy aging and social isolation. Given your order of reference, I will also mention that in collaboration with other departments, many of whom are here today, we will lead the development of a report of Canada's progress under the 2002 Madrid International Plan of Action on Aging.

I want to conclude by raising a number of issues for your consideration about the usefulness of the concept of aging for framing policy agendas. I am borrowing on some of my international experience, as well as research in the Government of Canada, as I make these points.

First, an aging focus helps us identify important pressures and policies. However, we and other countries have found that it adds little to the discussions of policy responses to those pressures.

Second, aging is not the most important change taking place in population characteristics. Why do we highlight it in such a fashion?

Third, unless one is careful, aging might unintentionally lead to ageist thinking, as opposed, for example, to a policy framed under a broader life-course agenda.

Fourth, there can be tension between a policy agenda centring on aging and an agenda centring around seniors. They are not the same thing.

La participation à la vie communautaire est un autre exemple. Je crois savoir que vous aimeriez en apprendre davantage sur notre programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Dans le cadre de ce programme, nous versons des subventions pouvant aller jusqu'à 25 000 \$ pour la réalisation de projets communautaires qui incitent les aînés à partager leur expérience, leurs compétences et leur sagesse dans le but de contribuer à leur collectivité, et qui favorisent la participation continue des aînés à leur collectivité afin de réduire le risque d'isolement social.

Les travailleurs âgés sont aussi un exemple. Le gouvernement a récemment annoncé qu'il consacrerait 70 millions de dollars à la mise en œuvre d'un nouveau programme national à frais partagés avec les provinces et les territoires, soit l'Initiative ciblée pour les travailleurs âgés (ICTA) qui aidera les travailleurs âgés sans emploi à demeurer des participants productifs au marché du travail pendant que leurs collectivités s'adaptent aux changements qu'elles subissent. Nous entreprendrons également une étude de faisabilité sur les mesures à l'intention des travailleurs âgés.

J'aimerais aborder brièvement la question des travaux que notre ministère dirige en collaboration avec d'autres ministères fédéraux et d'autres gouvernements. Par exemple, la ministre des RHDSC coprécide le forum des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, dont les travaux se concentrent actuellement sur des questions comme la violence faite aux aînés, le vieillissement en santé et l'isolement social. Étant donné le mandat du comité, je tiens aussi à mentionner qu'en collaboration avec d'autres ministères, dont beaucoup sont représentés ici aujourd'hui, nous dirigerons la rédaction d'un rapport sur les progrès réalisés par le Canada dans le cadre du Plan d'action international sur le vieillissement qui a été adopté à Madrid en 2002.

En conclusion, j'aimerais soulever un certain nombre d'éléments que vous pourrez examiner au sujet de l'utilité du concept du vieillissement dans l'élaboration d'une politique nationale. Je dois admettre que mes observations reposent autant sur des recherches internationales que canadiennes.

Premièrement, le fait de se concentrer sur le vieillissement permet de cibler les pressions importantes exercées sur les politiques, mais le Canada, tout comme d'autres pays, a constaté que cela n'apporte que très peu de solutions à ce problème.

Deuxièmement, le vieillissement n'est pas le changement le plus important à survenir dans la population en ce moment. Pourquoi en parler autant?

Troisièmement, le fait de se concentrer sur le vieillissement pourrait mener, malencontreusement, à adopter une manière de penser âgiste, par rapport à une approche fondée sur les parcours de vie.

Quatrièmement, il peut y avoir conflit entre un programme d'action axé sur le vieillissement et un programme d'action axé sur les aînés. Ce n'est pas la même chose.

Fifth, in other countries there is an increasing interest in demographic issues surrounding the effects of below-replacement fertility, not only in the age structure but in the size of the population. That has not happened here yet at the national level, although it is an issue at the sub-national level.

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors, Public Health Agency of Canada, Centre for Healthy Human Development: The Public Health Agency of Canada is pleased to present its views to the Special Senate Committee on Aging. Created in 2004, the agency has a broad mandate to protect and promote the health of Canadians and to prevent disease.

Seniors and aging are broad horizontal issues and they are a fundamental part of the federal agenda. The agency works closely with its federal partners, many of whom are around the table here today. The agency work is focused on health promotion, the prevention of chronic diseases such as diabetes and cardiovascular diseases, and injury prevention and emergency preparedness. However, within the health portfolio, we collaborate on seniors' issues with colleagues in Health Canada and at the Institute of Aging at the Canadian Institutes of Health Research. Finally, we work in tandem with the provinces and territories, seniors' organizations, researchers, gerontologists and academics.

By now, you are no doubt well versed in the statistics. Of our total health care expenditures, 44 per cent are attributed to seniors — who are 13 per cent of the population. We will have more Canadians over age 65 than under age 15 in the next 10 years. Studies show that health promotion and disease prevention strategies can help those who are aging well, those with chronic conditions and those who are at risk for serious health problems even late in life. It follows, then, that investments in health promotion and disease prevention should also be a given.

The agency currently focuses its resources on four main areas: active aging, emergency preparedness, mental health and falls prevention. These four areas provide an umbrella under which a broad range of issues that affect seniors can be addressed. Let me give you a few examples of the work that we are undertaking currently.

First, in collaboration with the World Health Organization and other international and domestic partners, the agency is assisting and funding a global initiative to foster the development of age-friendly cities that promote active aging and focus on seniors. The World Health Organization will compile the results of this project into practical age-friendly cities guidelines that can be used worldwide. Thirty-four cities, including four Canadian

Cinquièmement, dans d'autres pays, on se concentre de plus en plus sur des questions touchant le fait que le taux de fécondité demeure sous le seuil de remplacement ainsi que sur le vieillissement en tant que tel. Ce n'est cependant pas encore le cas au Canada, du moins au niveau national.

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des personnes âgées, Agence de santé publique du Canada, Centre de développement de la santé humaine : L'Agence de santé publique du Canada est heureuse de faire part de son opinion au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Créée en 2004, l'Agence a pour mandat de protéger et de promouvoir la santé des Canadiens et de prévenir les maladies.

Les personnes âgées et le vieillissement sont deux enjeux horizontaux très vastes qui constituent un volet fondamental du programme fédéral. L'Agence travaille en étroite collaboration avec ses partenaires fédéraux, dont nombre d'entre eux sont représentés à la table ici aujourd'hui. L'Agence concentre son travail sur la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires ainsi que sur la prévention des blessures et la préparation aux situations d'urgence. Cependant, pour ce qui concerne les questions touchant les personnes âgées qui font partie du portefeuille de la santé, nous collaborons avec Santé Canada et l'Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada. Enfin, nous travaillons en tandem avec les provinces et les territoires, les organisations de personnes âgées, les chercheurs, les gérontologues et les universitaires.

Vous devez sans doute maintenant bien connaître les statistiques. Du total des dépenses engagées au titre des soins de santé, 44 p. 100 sont affectées aux personnes âgées — lesquelles constituent 13 p. 100 de la population. Dans 10 ans, le Canada comptera un plus grand nombre de personnes âgées de plus de 65 ans que de moins de 15 ans. Les études montrent que les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent aider les personnes qui vieillissent bien, celles qui sont aux prises avec des maladies chroniques et celles qui risquent d'avoir des problèmes de santé graves même à la fin de leur vie. Il s'ensuit donc que les investissements en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé doivent être également un acquis.

L'Agence concentre actuellement ses ressources sur quatre domaines principaux : le vieillissement actif, la préparation aux situations d'urgence, la santé mentale et la prévention des chutes. Ces quatre éléments offrent un cadre général dans lequel les nombreux enjeux qui touchent les personnes âgées peuvent être abordés. Permettez-moi de vous donner quelques exemples du travail que nous sommes en train de faire.

Premièrement, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et d'autres partenaires nationaux et internationaux, l'Agence contribue à la création et au financement d'une initiative internationale visant à favoriser le développement de villes-amies des aînées, initiative qui fait la promotion du vieillissement actif et qui met l'accent sur les personnes âgées. L'Organisation mondiale de la santé compilera les résultats de ce projet pour formuler

cities — Portage la Prairie, Manitoba, Saanich, British Columbia, Sherbrooke, Quebec, and Halifax, Nova Scotia — are participating in this initiative.

We know that one-third of Canadian seniors live in rural areas. Building on our age-friendly cities project, we are collaborating with the provinces and territories to develop a parallel initiative that will explore the age-friendly city factors in small, rural and remote Canadian communities. That is being done with our colleagues at HRSDC through their role with the ministers responsible for seniors.

Recent disasters have shown us that seniors are a particularly vulnerable group in health emergencies and disaster situations. We all watched in horror during Hurricane Katrina, which showed reports that seniors had been left in their beds to drown in a care facility. We also know that 63 per cent of deaths from severe acute respiratory syndrome, SARS, in Canada were people over age 65.

The agency is providing leadership among domestic and international partners, such as the World Health Organization, the United States Administration on Aging, and the provinces and territories to determine the best approaches to ensure that older adults are considered in all aspects of planning, responding and recovering from emergencies. This work also takes advantage of the valuable wealth of experience of seniors themselves in terms of preparation, assistance and coping skills.

Recently, the division of aging and seniors at the Public Health Agency of Canada accepted an award from the Queen for our work on this file. Continuing this leadership, the agency will host an international workshop on emergency preparedness and seniors in Winnipeg in February 2007, with 100 world experts and seniors. This workshop is to develop a blueprint for action and to influence changes to emergency preparedness policy and practice to better integrate seniors' contributions and needs.

Seniors' mental health is often overlooked. Problems such as depression are often viewed as an inevitable part of aging. In fact, mental health problems in later life occur in the context of mental illness, disability and poor social support.

A project by the Canadian coalition on seniors' mental health, funded by the Public Health Agency of Canada, resulted in the development of the first-ever national guidelines on seniors' mental health. These guidelines address depression, suicide,

ensuite des lignes directrices pratiques sur les villes-amies des aînés qui pourront être utilisées dans le monde entier. Trente-quatre villes, y compris quatre villes canadiennes — Portage la Prairie, au Manitoba, Saanich, en Colombie-Britannique, Sherbrooke, au Québec et Halifax, en Nouvelle-Écosse — participent à cette initiative.

Nous savons que le tiers des Canadiens âgés vivent dans les régions rurales. Forts de notre initiative concernant les villes-amies des aînés, nous collaborons actuellement avec les provinces et les territoires pour concevoir une initiative parallèle qui explorera les facteurs déterminants des villes-amies des aînés dans les collectivités canadiennes, petites, rurales et éloignées. Nous travaillons à cette initiative avec nos collègues de RHDSC de par le rôle qu'ils jouent avec les ministres responsables des personnes âgées.

Les catastrophes récentes ont montré que les personnes âgées constituent un groupe particulièrement vulnérable dans des situations d'urgence en matière de santé et dans des situations catastrophiques. Nous avons tous été horrifiés par de telles situations lors de l'ouragan Katrina, où les reportages nous ont montré des personnes âgées laissées dans leur lit qui se sont noyées dans un établissement de soins de santé. Nous savons également que 63 p. 100 des personnes qui sont mortes du SRAS, le syndrome respiratoire aigu sévère, au Canada, étaient âgées de plus de 65 ans.

L'Agence joue un rôle de leadership au sein des partenaires nationaux et internationaux comme l'Organisation mondiale de la santé, la United States Administration on Aging ainsi que les provinces et territoires pour déterminer les meilleurs moyens de s'assurer que les adultes âgés sont pris en compte dans tous les aspects de la planification, de l'intervention et de la reprise des activités en situations d'urgence. Pour ce faire, nous profitons également de la richesse incroyable d'expériences des personnes âgées elles-mêmes en ce qui a trait à la préparation, à l'aide et aux capacités de réaction.

Récemment, la Division du vieillissement et des aînés à l'Agence de santé publique du Canada a accepté un prix de la Reine pour son travail dans ce dossier. Forte de ce leadership, l'Agence tiendra un atelier international sur les préparatifs en cas d'urgence et les personnes âgées à Winnipeg en février 2007, où se rencontreront 100 spécialistes mondiaux et personnes âgées venant de partout. Cet atelier vise à établir un plan d'action et à orienter les changements à apporter à la pratique et aux politiques sur la préparation aux situations d'urgence afin de mieux intégrer les contributions et les besoins des personnes âgées.

La santé mentale des personnes âgées est un secteur qui est souvent oublié. Des problèmes comme la dépression sont souvent perçus comme un élément inévitable du vieillissement. En fait, il y a des problèmes de santé mentale à la fin de la vie parce que les gens sont malades, handicapés et privés de soutiens sociaux.

Un projet réalisé par la Coalition canadienne sur la santé mentale des personnes âgées, et financé par l'Agence de santé publique du Canada, a permis l'élaboration de lignes directrices nationales sur la santé mentale des personnes âgées. Ces lignes

delirium and the management of mental health issues in long-term care facilities. They are important in the assessment, diagnosis and treatment of seniors' mental health problems.

Similarly, Alzheimer's disease and related dementias represent a crucial health issue among seniors, their families and caregivers. We now have evidence that early intervention can delay progress of the disease. This year, the agency funded and hosted a national key stakeholders' workshop on Alzheimer's disease and related dementias. Strategic options identified at the workshop will assist in strengthening federal action to improve prevention and management of Alzheimer's disease and related dementias.

Finally, injuries resulting from falls can have a disastrous impact on the health and autonomy of seniors. Falls account for about 85 per cent of all injuries among seniors and they are the second leading cause of seniors' deaths, after motor vehicle collision injuries, for all the population.

Evidence shows that the causes and impacts of falls can be greatly reduced. In 2005, the agency produced the report on seniors' falls in Canada, which provides comprehensive data on falls, injuries and deaths, as well as evidence on risk factors and best practices for prevention. We also released publications aimed at seniors themselves to help them understand the causes of falls and to outline steps they can take to minimize falls at home.

In the new year, the agency will host a national forum to discuss seniors' falls surveillance data. Falls prevention practitioners, surveillance experts and researchers from across Canada will attend, and the outcomes intend to help design interventions to reduce falls. Because of our success with falls prevention, the World Health Organization is using our approach to conduct a similar project on a global scale.

The agency strives to assist seniors in maintaining and improving their health. We have a wealth of valuable information on many health-related issues that percolate down to researchers, the general public and seniors themselves. Thank you for inviting us to attend today and we wish you well with your work.

[Translation]

Leslie MacLean, Director General, Non-Insured Health Benefits, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch: Madam Chair, I would like to thank you for inviting me to

directrices, qui sont une première, portent sur la dépression, le suicide, le délire et la gestion des problèmes de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée. Elles sont importantes pour l'évaluation, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées.

De même, la maladie d'Alzheimer et les démences connexes constituent un grave problème de santé mentale pour les personnes âgées, leurs familles et les aidants. Nous avons maintenant des preuves qu'une intervention hâtive peut retarder la progression de la maladie. Cette année, l'Agence a financé et accueilli un atelier national des principaux intervenants sur la maladie mentale et les démences connexes. Les options stratégiques élaborées à l'atelier permettront de renforcer l'action du gouvernement fédéral pour améliorer la prévention et la gestion de la maladie d'Alzheimer et des démences connexes.

Enfin, les blessures causées par des chutes peuvent avoir un impact désastreux sur la santé et l'autonomie des personnes âgées. Les chutes représentent environ 85 p. 100 de toutes les blessures chez les personnes âgées et elles sont la deuxième cause en importance de décès chez celles-ci, après les blessures provoquées par une collision avec un véhicule automobile pour l'ensemble de la population.

Les preuves montrent que les causes et les répercussions des chutes peuvent être grandement réduites. En 2005, l'Agence a produit un rapport sur les chutes des personnes âgées au Canada, lequel renferme des données exhaustives sur les chutes, les blessures et les décès, de même que des preuves sur les facteurs de risque et les pratiques exemplaires en matière de prévention. Nous avons également fait paraître des publications destinées aux personnes âgées elles-mêmes pour les aider à comprendre les causes des chutes et à décrire les étapes qu'elles peuvent prendre pour réduire au minimum les chutes à la maison.

L'an prochain, l'Agence tiendra un forum national au cours duquel les participants pourront discuter des données sur la surveillance des chutes des personnes âgées. Les responsables de la prévention des chutes, les experts en matière de surveillance et des chercheurs de tout le Canada participeront à ce forum dont les résultats visent à aider à concevoir des interventions permettant de réduire les chutes. Étant donné le succès que nous avons eu avec la prévention des chutes, l'Organisation mondiale de la santé utilise notre approche pour réaliser un projet semblable à l'échelle internationale.

L'Agence déploie tous les efforts nécessaires pour aider les personnes âgées à conserver et à améliorer leur santé. Nous disposons d'une mine de renseignements utiles sur les nombreuses questions relatives à la santé qui sont transmis aux chercheurs, au public en général et aux personnes âgées elles-mêmes. Je vous remercie de nous avoir invités à assister à votre séance d'aujourd'hui et nous vous souhaitons bonne chance dans votre travail.

[Français]

Leslie MacLean, directrice générale, Services de santé non assurés, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits : Madame la présidente, j'aimerais vous

appear before you this afternoon to talk about the important issues of aging and the health of First Nations and Inuit. I will first give you a brief outline of the Non-Insured Health Benefits Program; then, my colleague Shelagh Jane Woods will provide some facts about the Home Care Program.

[English]

I believe that you heard from other witnesses on the demographics of aging, so you are aware that there is a significant difference in the general age of the First Nations and Inuit population compared to that of the general Canadian population. We have brought along a couple of fact sheets that speak to some of the statistics you were looking for in your earlier deliberations such as mortality, disease prevalence and so forth. They are among your materials.

You are aware, of course, that the First Nations and Inuit population is young — almost half are under the age of 20, while under 6 per cent are over age 65. We have brought you a fact sheet on the Non-Insured Health Benefits, NIHB, Program that provides supplementary health benefits to eligible First Nations and Inuit in Canada of all ages, regardless of whether they live on- or off-reserve. It is the largest of all the federal health benefit programs with a budget this year of about \$881 million. Key benefits delivered under the NIHB Program include pharmacy, dental services, vision care, mental health counselling and medical transportation to access health care services that are not available on-reserve or in the community where people live. The pharmacy benefit funds prescription drugs, some over-the-counter medications and medical supplies and equipment such as wheel chairs and hearing aids, which account for about 45 per cent of our program expenditures — about \$385 million this year. The price of prescription drugs, in particular those for chronic diseases, is a key contributor to the costs of the program.

As you know, among First Nations and Inuit chronic disease is usually associated with older age. Diabetes, rheumatoid arthritis or cardiac conditions are more prevalent than they are in the general population and have an earlier onset. That point is particularly important. Even though almost half the population is currently under 20, there will be a dramatic increase in 30-plus-years' time of Aboriginal seniors.

Again, as you are aware, each additional person over the age of 65 increases program costs sharply. For example, in the area of drug expenditures, where we see that in the last years of life expenditures tend to be higher than at any other time, we spend an average of \$2,000 per year on prescription drugs for each client

remercier de votre invitation à comparaître devant vous cet après-midi afin de traiter de la question importante du vieillissement et de la santé des Premières nations et Inuits. Je vous donnerai d'abord un bref aperçu du Programme des services de santé non assurés, puis ma collègue, Shelagh Jane Woods, vous exposera quelques faits sur le programme de soins à domicile.

[Traduction]

Je crois que vous avez entendu d'autres témoins parler des caractéristiques démographiques du vieillissement; vous savez donc qu'il y a une différence importante dans l'âge général des Premières nations et des populations inuites comparativement à celui de la population canadienne en général. Nous avons avec nous quelques fiches documentaires qui font état de statistiques que vous aviez dit souhaiter obtenir dans vos délibérations antérieures comme des données sur la mortalité, la prévalence des maladies, et ainsi de suite. Ces fiches font partie des documents que nous vous avons remis.

Bien sûr, vous savez que la population des Inuits et des Premières nations est jeune — près de la moitié de ces gens ont moins de 20 ans, alors que moins de 6 p. 100 sont âgés de plus de 65 ans. Nous vous avons apporté une fiche documentaire sur le Programme des services de santé non assurés qui offre des services de santé supplémentaires aux Premières nations et aux Inuits admissibles au Canada de tout âge, peu importe qu'ils vivent en ou hors réserve. Il s'agit du plus important programme de prestation de services de santé du gouvernement fédéral doté d'un budget cette année d'environ 881 millions de dollars. Parmi les principaux services offerts dans le cadre du Programme, mentionnons les services pharmaceutiques et dentaires, les soins de la vue, le counselling en santé mentale et le transport médical pour accéder à des services de soins de santé qui ne sont pas disponibles en réserve ou dans la collectivité où vivent les gens. Les soins pharmacothérapeutiques financent les médicaments d'ordonnance, certains médicaments en vente libre ainsi que l'équipement et des fournitures médicales comme les fauteuils roulants et les appareils auditifs, ce qui représente environ 45 p. 100 des dépenses de notre programme — soit environ 385 millions de dollars cette année. Le prix des médicaments d'ordonnance, plus particulièrement pour les maladies chroniques, est un facteur clé qui contribue aux coûts du programme.

Comme vous le savez, chez les Premières nations et les Inuits, la maladie chronique est habituellement associée au vieillissement. Le diabète, l'arthrite rhumatoïde ou les maladies cardiaques sont plus fréquents qu'ils ne le sont dans les populations générales et se manifestent plus tôt. C'est là un élément particulièrement important. Même si près de la moitié de la population a actuellement moins de 20 ans, il y aura une augmentation phénoménale dans 30 ans du nombre de personnes âgées autochtones.

En outre, comme vous le savez, chaque personne additionnelle de plus de 65 ans fait augmenter considérablement les coûts du Programme. Par exemple, pour les dépenses de médicaments, où nous constatons que durant les dernières années de la vie, ces dépenses ont tendance à augmenter plus que n'importe quand

over the age of 65. In comparison, the average for those under age 65 is about \$600 per year. As a population ages, continuing to address issues such as value for money and client safety will be critical. For example, we cover acetaminophen, known familiarly as Tylenol, for all clients as a milder therapy to treat osteoarthritis, which is a common ailment in seniors. We have systems in place to warn pharmacists of harmful drug interactions, such as allergies or negative drug interactions. We also delist drugs. When there is a clinical indication that they are harmful to seniors or others we take them off the list of what we pay for.

As the population ages, it is important to ensure that we continue to respond to senior-specific health and safety issues. I will ask my colleague, Ms. Woods, to speak to the home care program.

[Translation]

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch: The First Nations and Inuit Home and Community Care Program was created only seven years ago while provincial home care programs have been in place for over 30 years.

The FNIHCC program is intended for the most vulnerable segments of the First Nations, i.e. seniors, handicapped persons and those suffering from chronic illness.

[English]

Today, 95 per cent of First Nations and Inuit have access to basic home care services. Home nursing and personal care is delivered in a fully managed environment by home care nurses or licensed practical nurses and trained personal care workers, many of whom come from the communities. Last year, the program provided nearly 1 million hours of service to 26,000 clients, 50 per cent of whom were over the age of 65. As expected, the majority of services are for people with chronic disease, although over 11 per cent of services are provided to the frail elderly. We have found that while the care needs of First Nations and Inuit are similar to those of the general population, there is a higher percentage of people with high levels of need. Families and the informal care system are particularly important and enable the elderly and very ill to remain in their homes longer than would be expected. Some people, we have found recently in our research,

avant, nous dépensons en moyenne 2 000 \$ par année pour les médicaments d'ordonnance pour chaque client âgé de plus de 65 ans. En comparaison, la moyenne pour les gens de moins de 65 ans est d'environ 600 \$ par année. Au fur et à mesure que vieillira la population, il sera essentiel de pouvoir continuer d'aborder de tels enjeux comme la rentabilisation et la sécurité des clients. Par exemple, nous couvrons l'acétaminophène, mieux connu sous le nom de Tylenol, pour tous les clients comme thérapie douce pour traiter l'ostéoarthrite, qui est une maladie commune chez les personnes âgées. Nous disposons de systèmes permettant d'avertir les pharmaciens des interactions néfastes entre les médicaments, comme les allergies ou d'autres réactions négatives. Nous retirons également certains médicaments de la liste des médicaments assurés. Lorsqu'il y a indication clinique qu'ils sont dommageables pour les personnes âgées, notamment, nous les retirons de la liste des médicaments que nous remboursons.

Au fur et à mesure que vieillit la population, il est important de nous assurer de pouvoir continuer de répondre à des enjeux concernant la santé et la sécurité chez les personnes âgées. Je vais demander à ma collègue, Mme Woods, de parler du programme de soins à domicile.

[Français]

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits : Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits a été créé il y a seulement sept ans alors que les programmes provinciaux de soins à domicile sont en place depuis plus de 30 ans.

Le PSDMC est destiné aux populations les plus vulnérables des Premières nations, c'est-à-dire les aînés, les handicapés et les personnes atteintes d'une maladie chronique.

[Traduction]

Aujourd'hui, 95 p. 100 des membres des Premières nations et des Inuits ont accès à des services de base concernant les soins à domicile. Les soins à domicile et les soins personnels sont prodigués dans un contexte global par des infirmières ou des praticiennes diplômées ainsi que du personnel bien formé dont beaucoup proviennent des collectivités. L'an dernier, le programme a assuré près d'un million d'heures de service à 26 000 clients, dont la moitié étaient âgés de plus de 65 ans. Comme il faut s'y attendre, la majorité des services sont destinés aux personnes aux prises avec une maladie chronique, bien que plus de 11 p. 100 des services soient offerts aux personnes âgées fragiles. Nous avons constaté que même si les besoins en matière de santé des Premières nations et des Inuits sont semblables à ceux de la population en général, il existe chez ces deux groupes un pourcentage plus élevé de personnes ayant des besoins très

care for up to five relatives each day. Thus, our system needs to support both the clients and their families.

The First Nations and Inuit Home and Community Care Program experiences similar pressures to those of the provincial and territorial home care programs: increasing complexity of care needs to respond to multiple conditions as the served population ages and, of course, an increasing desire for home-based palliative care. Health Canada works most particularly with Indian and Northern Affairs Canada and with First Nations and Inuit to more fully document continuing care needs and to develop approaches to meet these needs.

Havelin Anand, Director General, Social Policy and Programs Branch, Indian and Northern Affairs Canada: I am honoured and grateful for this opportunity to speak to you on behalf of Indian and Northern Affairs Canada. I will present you with an overview of INAC's Assisted Living Program, formerly known as the Adult Care Program. The ALP is meant to provide social support services to individuals of all ages, including seniors. The objective of the program is to provide non-medical social support services to First Nations people who have functional limitations because of age, health problems or disabilities, to help them maintain their independence, to maximize their level of functioning and to enable them to live in conditions of health and safety.

The ALP consists of three main components. First is in-home supportive care, which provides non-medical personal care such as meal preparation, light housekeeping, minor home maintenance and assistance with various daily living activities. In that way, people can live in their homes and communities as long as possible, maintaining a certain level of independence.

Second, institutional care provides non-medical care in designated facilities on- and off-reserve. People receiving these kinds of care require type-one and type-two levels of care. Clients in the type-one level of care category can walk and are mobile but they have certain decreased mental and physical faculties and require ongoing supervision and assistance with their daily living. Type-two levels have relatively stable chronic diseases or disabilities.

Third, foster care provides supervision and care in a family-like setting as an alternative to institutional care. The scope of services was expanded in 2003 to include services to children with special needs. Therefore, we changed the name of the program from adult care to assisted living to include children in the program. The

nombreux en matière de santé. Les familles et le système de soins informel sont particulièrement importants et permettent aux personnes âgées et aux personnes très malades de demeurer chez elles plus longtemps qu'on ne l'espérerait. Certaines personnes, nous l'avons constaté récemment dans notre recherche, s'occupent d'un maximum de cinq parents chaque jour. Notre système doit donc pouvoir appuyer et les clients et leurs familles.

Le Programme de soins communautaires à domicile des Inuits et des Premières nations subit des pressions semblables à celles qui s'exercent sur les programmes provinciaux et territoriaux : une plus grande complexité des besoins en matière de santé pour réagir à des situations multiples au fur et à mesure que vieillit la population desservie et bien sûr, un désir accru d'obtenir des soins palliatifs à la maison. Santé Canada travaille plus particulièrement avec Affaires indiennes et du Nord Canada et les Premières nations et Inuits pour documenter complètement les soins de santé permanents et élaborer des approches pour répondre à ces besoins.

Havelin Anand, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes, Affaires indiennes et du Nord Canada : Je suis honoré et reconnaissant de l'occasion que vous m'offrez de parler au nom d'Affaires indiennes et du Nord Canada. Je vais vous donner un aperçu du Programme d'aide à la vie autonome du MAINC, que l'on appelait autrefois le Programme des services de soins aux adultes. Le PAVA a été conçu pour offrir des services de soutien social aux personnes de tout âge, y compris aux personnes âgées. Son objectif est d'offrir des services de soutien social à caractère non médical aux membres des Premières nations qui ont des limitations fonctionnelles en raison de l'âge et des problèmes de santé ou d'incapacité, pour les aider à maintenir leur autonomie, à maximiser leur niveau de fonctionnement et à leur permettre de vivre dans des conditions de santé et de sécurité acceptables.

Le PAVA comprend trois éléments principaux. Premièrement, les services de santé à domicile, qui offrent des soins personnels non médicaux comme la préparation des repas, les travaux ménagers légers, de petits travaux d'entretien de la maison et de l'aide pour mener diverses activités quotidiennes. Ainsi, les gens peuvent vivre dans leur maison et dans leur collectivité aussi longtemps que possible, tout en maintenant un certain niveau d'autonomie.

Deuxièmement, les services institutionnels offrent des soins non médicaux dans des établissements désignés hors et en réserve. Les gens qui reçoivent ce genre de soins ont besoin de soins de santé de niveau un et deux. Les clients du niveau un sont capables de marcher et de se déplacer, mais leurs facultés physiques et mentales sont diminuées et ils exigent une surveillance et une aide constantes dans leur vie de tous les jours. Quant à ceux qui requièrent des soins de niveau deux, ils sont aux prises avec des incapacités chroniques relativement stables.

Troisièmement, les soins en placement familial permettent une surveillance et des soins dans un cadre semblable à celui de la famille et s'avèrent une solution de rechange aux soins institutionnels. La portée des services a été élargie en 2003 pour inclure les services aux enfants ayant des besoins spéciaux. C'est

program is based on the following two principles: INAC social support services on-reserve are provided as a matter of policy, and these services are delivered at standards that are reasonably comparable with programs and services offered by the reference province or territory in which the reserve is located. The program is available to all persons ordinarily resident on-reserve, who have been formally assessed as requiring assisted living services. Those under the age of 65 must also be eligible for income assistance support.

As for institutional care, the facilities must demonstrate that they operate according to the licensing accreditation requirements or guidelines of the relevant province or territory in which the reserve is located.

The annual allocation for this program is approximately \$80 million and the services of the assisted living program are delivered in 614 First Nations communities. INAC also funds some 21 personal care homes and elders' lodges, which have approximately 600 beds. These personal care homes and elders' lodges are right across the country.

Approximately 8,978 First Nations individuals receive assisted living social support services. The drivers for this program, as you know, are demographic factors such as aging: First Nations populations are also aging like the rest of the Canadian population. Another important factor for consideration is the high incidence of chronic conditions and disabilities occurring at a much younger age than in the general population.

INAC, as my colleague Shelagh Jane Woods said, works closely with officials in Health Canada. We are co-funding a multi-stakeholder initiative for developing a national policy program and program framework for continuing care of which assisted living is an integral part.

The objective of this work in the policy and program framework is to develop a seamless approach to the delivery of care services currently delivered by Health Canada, INAC and in some instances, the province.

The joint working group includes Health Canada, INAC, the Assembly of First Nations and the Inuit Tapiriit Kanatami. The working group has been established for the purposes of developing a business case for this continuing care policy and program framework, and we hope this work will be completed some time in the year 2007.

Bryson Guptill, Director General, Program and Service Policy Division, Veterans Affairs Canada: Madam Chairman, it is a pleasure to be here today to speak to this committee on the programs that Veterans Affairs offers. I am tempted to say I am excited to talk to the honourable senators, but I guess it is in a different context.

pourquoi nous avons changé le nom du programme pour y inclure les enfants. Le programme repose sur les deux principes suivants : les services de soutien social du MAINC en réserve sont offerts dans le cadre d'une politique et selon des normes qui sont raisonnablement comparables aux programmes et services offerts par la province ou le territoire de référence où se situe la réserve. Le programme est offert à toutes les personnes qui résident habituellement en réserve, qui, selon l'évaluation officielle, ont besoin de services d'aide assistée. Les personnes âgées de moins de 65 ans doivent également être admissibles au soutien de l'aide du revenu.

Pour ce qui est des soins institutionnels, les établissements doivent faire la preuve qu'ils respectent les exigences d'accréditation pour l'obtention des permis ou des lignes directrices de la province ou du territoire pertinent dans lequel la réserve se trouve.

Les crédits annuels accordés à ce programme sont d'environ 80 millions de dollars et les services du Programme d'aide à la vie autochtone sont offerts dans 614 collectivités des Premières nations. Le MAINC finance également 21 foyers de soins personnels et des pavillons pour personnes âgées qui comprennent environ 600 lits. De tels établissements sont répartis dans tout le pays.

Environ 8 978 personnes des Premières nations reçoivent du soutien social pour la vie assistée. Les principaux éléments de ce programme, comme vous le savez, sont des facteurs démographiques comme le vieillissement : les populations des Premières nations vieillissent elles aussi comme le reste de la population canadienne. Parmi d'autres facteurs importants à prendre en considération, mentionnons l'incidence élevée des maladies chroniques et d'incapacités qui se produisent à un âge beaucoup plus jeune que chez la population en général.

Comme l'a dit ma collègue Shelagh Jane Woods, le MAINC travaille en étroite collaboration avec les fonctionnaires de Santé Canada. Nous cofinancions une initiative menée par plusieurs intervenants pour élaborer un programme national de politiques et un cadre de programme pour les soins continus dont les soins assistés font partie intégrante.

L'objectif de ce travail est d'élaborer une approche harmonieuse pour la prestation des soins actuellement assurés par Santé Canada, le MAINC et dans certains cas, la province.

Le groupe de travail commun inclut Santé Canada, le MAINC, l'Assemblée des Premières nations et Inuit Tapiriit Kanatami. Le groupe de travail a été créé pour effectuer une analyse de rentabilisation pour ce cadre de programme et cette politique de soins continus, et nous espérons que le tout sera terminé en 2007.

Bryson Guptill, directeur général, Politique en matière de programmes et de services, Anciens Combattants Canada : Madame la présidente, c'est un plaisir que d'être ici aujourd'hui pour vous parler des programmes qu'offre Anciens Combattants Canada. Je suis tenté de dire que je suis emballé de m'adresser aux honorables sénateurs, mais je suppose que c'est dans un contexte différent.

The programs Veterans Affairs offers, as you know, apply largely to war service veterans. Approximately 1 million veterans served during World War II, and about 240,000 war service veterans are still living today. We provide comprehensive benefits to a significant number of these veterans, their survivors in many cases and associated veterans, for example, merchant navy veterans, Korean War veterans, and other groups.

In some ways, the department has been a pathfinder in terms of programs it offers to an aging population, in the sense that the average age of the population that we are dealing with in terms of war service veterans is about 82 years of age. The Korean War veterans average about 72 years of age. Therefore we have considerable experience in dealing with this older population.

We provide, as a department, comprehensive disability programs, primarily in the form of disability pensions. These pensions apply to conditions such as hearing loss, post-traumatic stress disorder and loss of limb, for example, in the case of the disabilities that have taken place not only during the wartime period, but disabilities that may have surfaced in the intervening period and can be linked to wartime service. The department spends about \$2 billion a year on these disabilities pensions. The pensions are tax-free and payable monthly. The maximum amount payable is about \$2,000 per month.

In addition, we provide war veterans allowance to low-income war service veterans. This program is similar to a provincial welfare program. It is income tested. Perhaps for the purpose of the committee though, the most interesting program that we provide along with the programs that my colleagues have talked to you about are fairly comprehensive health care programs that are available to war service veterans, but also veterans from current deployments such as Afghanistan. Some of you will be aware of some of the more extensive programs that we have put in place recently under what we call the New Veterans Charter.

Our health care programs are divided into three primary areas. There is a very comprehensive home care program that we call the Veterans Independence Program. It provides personal care, housekeeping and grounds maintenance to help veterans and their survivors remain healthy and in their own homes to the extent possible and for as long as possible. I will talk more about that program in a couple minutes.

We also provide extensive treatment benefits to veterans. The most significant program is the prescription drug program, which is comparable in many ways to programs provided elsewhere by my colleagues to their client groups.

Comme vous le savez, les programmes qu'offre Anciens Combattants Canada s'appliquent en grande partie aux anciens combattants qui ont fait la guerre. Environ 1 million d'anciens combattants ont servi le pays lors de la Seconde Guerre mondiale, et environ 240 000 anciens combattants qui ont fait la guerre sont toujours vivants aujourd'hui. Nous offrons toute une gamme de prestations à un grand nombre de ces anciens combattants, à leurs survivants dans bien des cas et aux anciens combattants associés comme les anciens combattants de la marine marchande, de la guerre de Corée et d'autres groupes.

À certains égards, le ministère a fait office d'éclaireur en ce qui concerne les programmes qu'il offre à une population vieillissante, en ce sens que la moyenne d'âge des anciens combattants qui ont fait la guerre et dont nous nous occupons est d'environ 82 ans. Les anciens combattants de la guerre de Corée sont âgés d'environ 72 ans en moyenne. Par conséquent, nous avons beaucoup d'expérience dans les rapports que nous avons avec cette population plus âgée.

Le ministère offre des programmes d'invalidité exhaustifs, surtout sous forme de pensions d'invalidité. Ces pensions s'appliquent à des conditions cliniques comme la perte d'ouïe, le syndrome de stress post-traumatique et la perte de membres, à des incapacités qui se sont manifestées non seulement durant la période de guerre, mais qui peuvent avoir fait surface dans l'intervalle et qui peuvent être reliées au service de guerre. Le ministère dépense environ 2 milliards de dollars par année pour ces pensions d'invalidité. Elles sont libres d'impôt et versées tous les mois. Le montant maximal qui est payable est d'environ 2 000 \$ par mois.

En outre, nous offrons une allocation aux anciens combattants à faible revenu et qui ont fait la guerre. Ce programme, établi en fonction du revenu, est semblable à un programme provincial de bien-être social. Pour les fins de votre comité, le programme le plus intéressant est peut-être celui que nous offrons en parallèle avec les programmes dont mes collègues vous ont parlé, c'est-à-dire des programmes assez complets de soins de santé offerts aux Anciens combattants qui ont fait la guerre, mais aussi aux anciens combattants issus des déploiements actuels comme l'Afghanistan. Il y en a parmi vous qui connaissent certains des programmes plus exhaustifs que nous avons mis en place récemment dans le cadre de ce que nous appelons la Charte des anciens combattants.

Nos programmes de soins de santé sont divisés en trois secteurs principaux. Nous avons un programme de soins de santé très complet que nous appelons le Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Il offre des soins personnels, des services d'entretien de la maison et du terrain pour aider les anciens combattants et leurs survivants à demeurer en santé dans leur propre maison le plus possible et le plus longtemps possible. Je vais vous en parler plus en détail dans quelques minutes.

Nous offrons également des prestations de traitement nombreuses aux anciens combattants. À cet égard, le programme le plus important est le programme de médicaments d'ordonnance qui est comparable à bien des égards aux programmes offerts ailleurs par mes collègues à leurs groupes de clients.

We also provide an extensive long-term care program that provides care in community settings or care in what we call contract facilities. These are facilities where Veterans Affairs Canada pays the health care cost.

The total program expenditure in our three health care programs is something in the order of about \$900 million a year, so it is close to the amount that my colleague Ms. MacLean spoke to in terms of the programs offered by Health Canada.

At the moment, we are undertaking an extensive and comprehensive health care review that was announced by this government when the government came into power. We have started this review and our minister has made announcements about it. We are working closely in the health care review with a group we call the Gerontological Advisory Council, which is composed of expert gerontologists from all parts of Canada, as well as representatives of veteran's organizations. These folks are helping us examine our health care programs from a perspective of can we do what we do in our health care program more effectively and can we provide benefits to a larger group? I am encouraged by some the early work that we are doing with the Gerontological Advisory Council and the veterans organizations.

One thing the Gerontological Advisory Council has recommended that we do, at a recent press conference at the National Press Gallery, is integrate all our health care programs — I mentioned we have three — into one so that we have a single point of entry and comprehensive client assessments, needs-based assessments that we now carry out. Also, they recommend that we have a needs-based approach rather than one based on entitlement. Our programs now are divided along the lines of what kind of veterans we deal with. The recommendation from the Gerontological Advisory Council has been that we look more comprehensively at the needs of our clients. I believe some interesting and exciting work is taking place in that area.

Veterans Affairs is obviously facing an aging population, and I have talked a little about that. A growing emphasis is on long-term care and there are opportunities for us to use interventions other than interventions in institutions. I mentioned the home care program as a specific case in point. It is significant that the Royal Canadian Legion has called upon us to expand, not only in the area of veterans but for all seniors, a seniors' independence program as a model for providing home care across the country.

In addition, we have provided significant programming through Seniors Canada On-line and Canadian Seniors Partnership network. Some of my colleagues who are not here today would be prepared and pleased to speak to your committee more about the specific things under the Seniors Canada On-line project.

Nous offrons aussi un programme de soins de santé exhaustifs à long terme qui offre des soins dans les établissements communautaires ou des soins dans ce que nous appelons les établissements contractants. Il s'agit d'établissements où Anciens Combattants Canada paie les coûts des soins de santé.

Les dépenses totales pour nos trois programmes de soins de santé se situent dans les environs de 900 millions de dollars par année, c'est donc près du montant dont a parlé ma collègue Mme MacLean pour ce qui concerne les programmes offerts par Santé Canada.

Nous avons entrepris un examen exhaustif des soins de santé qui a été annoncé par le gouvernement lorsqu'il a pris le pouvoir. Nous avons commencé cet examen au sujet duquel notre ministre a fait des annonces. Nous travaillons en étroite collaboration avec un groupe que nous appelons le Conseil consultatif de gérontologie, constitué de gérontologues de toutes les régions du Canada ainsi que de représentants d'organisations d'anciens combattants. Ces gens nous aident à examiner nos programmes de soins de santé en nous demandant ce que nous pouvons faire pour que notre programme de soins de santé soit plus efficace et pour que nous puissions offrir des prestations à plus de gens. Je suis encouragé par certains des travaux préliminaires que nous faisons avec le Conseil consultatif de gérontologie et les organisations d'anciens combattants.

Lors d'une conférence de presse tenue récemment à la Tribune de la presse parlementaire, le Conseil consultatif de gérontologie nous a recommandé d'intégrer tous nos programmes de soins de santé — j'ai dit que nous en avons trois — en un seul programme pour que nous ayons un point unique d'entrée et que nous puissions faire des évaluations exhaustives des clients, en fonction de leurs besoins, comme c'est le cas actuellement. En outre, le Conseil a recommandé que notre approche soit axée sur les besoins et non sur les transferts de droits. Nos programmes sont maintenant divisés selon les types d'anciens combattants avec qui nous traitons. Le Conseil consultatif de gérontologie nous recommande d'examiner plus attentivement les besoins de nos clients. Je crois qu'il se fait actuellement du travail intéressant et emballant dans ce domaine.

De toute évidence, Anciens Combattants Canada doit faire face à une population vieillissante, et j'en ai parlé un peu. Nous mettons de plus en plus l'accent sur les soins à long terme et nous avons la possibilité d'utiliser des interventions autres que le recours aux établissements de soins. J'ai parlé du programme de soins à domicile comme étant un exemple précis à cet égard. Il est important de souligner que la Légion royale canadienne nous a demandé d'élargir le programme, non seulement pour les anciens combattants, mais pour toutes les personnes âgées, afin que ce programme d'autonomie des personnes âgées devienne un modèle de prestation de soins à domicile dans tout le pays.

En outre, nous offrons des programmes importants à Info-ânés Canada et au Réseau canadien de partenariats des aînés. Certains de mes collègues qui ne sont pas ici aujourd'hui auraient été disposés à vous parler davantage de mesures précises que nous réalisons dans le cadre du projet Info-ânés Canada.

Douglas Stewart, Vice-President, Policy Planning, Canada Mortgage and Housing Corporation: First, I want to thank the members of the Special Senate Committee on Aging for inviting us to appear here today. My presentation will focus on three things: the housing characteristic of seniors; the housing challenges we can expect as the population ages; and some of the CMHC programs that benefit seniors.

In 2001, there were a total of 2.4 million senior-led households in Canada: 93 per cent of these seniors lived in private households and 7 per cent lived in collective dwellings. Of senior-led households, 43 per cent lived alone with the majority being women, and those who lived alone were most likely to be renters. On the other hand, over two thirds of senior-led households own their own home, 85 per cent of these homeowners are mortgage free and 57 per cent of them live in single detached dwellings.

The great majority of seniors in Canada are well housed. This means their housing is adequate in condition, suitable in size to meet their needs and affordable. Affordable means it requires less than 30 per cent of their pre-tax household income.

On the other hand, in 2001, 17 per cent of senior households were in core-housing need and this need is a slight decrease from 18 per cent in 1996. Core-housing need means that 394,000 senior-led households lived in housing that was crowded, in poor condition or they paid more than 30 per cent of their income for housing and could not afford to meet their housing needs in their local housing market. Affordability was the main reason why Canadian senior households fell into core-housing need.

Our research tells us that the most pressing current housing issues facing seniors are housing affordability, the need for more housing options and the coordination of housing with services that support independent living.

We understand that most seniors want to age in their current homes and communities. Aging in their own homes may require modifications to the housing stock to better accommodate their changing needs as they age. In many parts of the country, it means a broader range of housing options at the community level for those who can no longer stay in their current homes. Finally, coordination of needed services is required in conjunction with housing to support seniors living independently in their homes.

Turning to some of the CMHC programs, CMHC mortgage loan insurance and securitization activities facilitate access to mortgage financing for all Canadians, regardless of where they live, at the lowest possible cost. CMHC is committed to providing mortgage loan insurance in every part of the country including

Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques, Société canadienne d'hypothèques et de logement : Je tiens d'abord à remercier les membres du Comité spécial du Sénat sur le vieillissement d'avoir invité la Société canadienne d'hypothèques et de logement à participer à ses travaux. Mon exposé portera principalement sur trois points : les caractéristiques du logement des aînés, les défis auxquels nous devons nous attendre à mesure que la population du Canada vieillit et les programmes de la SCHL dont bénéficient les aînés.

En 2001, on comptait au Canada 2,4 millions de ménages dirigés par un aîné. De ce nombre, 93 p. 100 habitaient dans une résidence privée et 7 p. 100 vivaient dans un logement collectif. Quarante-trois pour cent des ménages dirigés par un aîné étaient constitués d'une personne vivant seule, la majorité étant des femmes, et les aînés vivant seuls étaient plus susceptibles d'être locataires. Par contre, plus des deux tiers des ménages d'aînés sont propriétaires, 85 p. 100 des aînés propriétaires ont remboursé leur prêt hypothécaire et 57 p. 100 habitent dans une maison individuelle.

La grande majorité des aînés au Canada sont bien logés. Cela signifie que leur logement est de qualité convenable, de taille convenable en fonction de leurs besoins, et abordables, puisqu'ils y consacrent moins de 30 p. 100 du revenu du ménage total avant impôt.

Cependant, en 2001, 17 p. 100 des ménages d'aînés éprouvaient des besoins impérieux en matière de logement comparativement à 18 p. 100 en 1996, ce qui représente une légère diminution. Cela signifie que 394 000 ménages d'aînés vivaient dans des logements surpeuplés ou en mauvais état, ou consacraient plus de 30 p. 100 de leur revenu à leur logement et n'avaient pas les moyens d'obtenir un logement acceptable sur le marché local. L'abordabilité est la principale cause des besoins impérieux de logement qu'éprouvent les ménages aînés au Canada.

Nos recherches démontrent que les problèmes de logement les plus pressants pour les aînés sont l'abordabilité, le manque d'options en matière de logement et la coordination du logement avec des services de soutien leur permettant de vivre de façon autonome.

Nous comprenons que la plupart des aînés veulent vieillir chez eux, dans leur milieu. Cela pourrait exiger des changements dans le parc de logements, afin de mieux répondre à leurs besoins changeants au fur et à mesure qu'ils vieillissent. Dans de nombreuses régions du pays, cela voudra dire une palette plus large d'options de logement à l'échelle de la collectivité pour ceux et celles qui ne peuvent plus demeurer dans leur logement actuel. Enfin, cela exigera une coordination des services nécessaires, conjointement avec les mesures d'aide au logement, afin de soutenir les aînés qui vivent dans leur résidence de manière autonome.

En ce qui concerne les programmes de la SCHL, nos activités d'assurance et de titrisation facilitent l'accès au financement hypothécaire pour tous les Canadiens, quelle que soit leur région de résidence, au taux d'intérêt le plus bas possible. L'engagement de la SCHL est d'assurer des prêts hypothécaires partout au pays,

small rural and northern communities. Mortgage loan insurance also includes rental, nursing homes and retirement housing. The private sector mortgage insurance providers either do not serve or are less active in these locations and housing types.

The Government of Canada, through CMHC, currently spends about \$2 billion annually in support of housing programs for low- to moderate-income Canadians. We estimate that about one third of the 633,000 existing federally funded social housing units are occupied by low-income seniors. CMHC currently works with provinces and territories on the delivery of the \$1 billion Affordable Housing Initiative. Most provinces use a portion of that funding for affordable rental housing for seniors, including supported housing.

The Residential Rehabilitation Assistance Program provides assistance to low income seniors to help them undertake repairs to ensure their dwelling meets basic health and safety standards. The program also modifies housing to meet the needs of persons with disabilities and supports the creation of affordable housing for low-income seniors and persons with disabilities, through the development of secondary suites.

CMHC also offers assistance to low-income seniors through the Home Adaptations for Seniors' Independence program, which pays for minor home adaptations to help seniors remain independent in their present homes.

As well, through Budget 2006, the federal government provided \$1.4 billion to provinces and territories for affordable housing, northern housing and housing for Aboriginal people living off-reserve.

CMHC is actively involved in research and information transfer activities that address housing challenges for seniors, as well as the possible solutions. This service includes documenting seniors' housing conditions, exploring innovative housing options and providing information to help seniors live safely and independently in their homes and communities.

I brought a number of these publications with me today. I did not rehearse this but on top of the pile was a brochure that we have made available for seniors and the title is *Preventing Falls on Stairs*. I have also included in your kit a complete list of our publications and we would be happy to make any of those available to the senators if they would find them useful.

At CMHC, we are aware that aging of the Canadian population will be one of the most important challenges facing us over the next 25 years and I am sure that the Senate committee's work on this issue will be of great benefit.

y compris dans les petites localités et les collectivités rurales et nordiques. L'assurance-prêt hypothécaire inclut également le logement locatif, les maisons pour personnes âgées et les maisons de retraite. Dans certains endroits et dans certains types de logement, les assureurs du secteur privé sont moins actifs, voire carrément absents.

Le gouvernement du Canada, par l'entremise de la SCHL, consacre actuellement près de 2 milliards de dollars par année à des programmes d'aide au logement à l'intention des Canadiens à revenu faible ou modeste. Nous estimons que le tiers environ des 633 000 logements sociaux existants financés par le gouvernement fédéral sont occupés par des aînés à revenu peu élevé. La SCHL collabore actuellement avec les provinces et les territoires à la mise en œuvre de l'Initiative en matière de logement abordable de 1 milliard de dollars. La plupart des provinces consacrent une partie des fonds à la production de logements locatifs abordables pour les aînés, notamment des logements en milieu de soutien.

Le Programme d'aide à la remise en état des logements (PAREL) fournit une aide financière aux aînés à faible revenu pour rendre leur logement conforme aux normes minimales de salubrité et de sécurité. Il permet aussi aux personnes handicapées d'adapter leur logement à leurs besoins et appuie la création de logements abordables pour les aînés et les personnes handicapées à faible revenu par l'aménagement d'appartements accessoires.

La SCHL offre également un soutien financier aux aînés à faible revenu par le biais de son programme Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA), dont les fonds servent à effectuer des adaptations mineures aux logements, afin de permettre aux aînés de demeurer autonomes dans leur logement actuel.

De plus, dans le cadre du budget de 2006, le gouvernement fédéral a versé 1,4 milliard de dollars aux provinces et territoires pour le logement abordable, le logement nordique et le logement des Autochtones hors réserve.

La SCHL participe activement à des activités de recherche et de diffusion de l'information qui portent sur les défis de logement des aînés et les solutions possibles. Cela comprend la documentation des conditions de logement des aînés, l'exploration de solutions novatrices en matière de logement et la diffusion d'information visant à permettre aux aînés de continuer à vivre dans leur logement et leur collectivité de façon sûre et autonome.

J'ai apporté plusieurs exemplaires de ces publications avec moi aujourd'hui. Je ne les ai pas passées en revue, mais sur le dessus de la pile, se trouve une brochure que nous avons publiée à l'intention des personnes âgées qui s'intitule *Votre maison* et qui aide les aînés à prendre des mesures concrètes pour prévenir les chutes dans les escaliers. J'ai également inclus dans votre trousse une liste complète de nos publications et nous serons heureux de les faire parvenir aux sénateurs s'ils estiment utile de les avoir.

À la SCHL, nous sommes conscients que le vieillissement de la population canadienne sera l'un des principaux défis auxquels sera confronté le Canada au cours des 25 prochaines années. Je suis certain que les travaux du comité du Sénat sur cette question seront très profitables.

Dan Danagher, Executive Director, Labour Relations and Compensation Operations, Treasury Board of Canada Secretariat: Thank you for the opportunity to speak to you today about the impact of an aging population on Canada's largest employer, the Government of Canada. Today I want to give you an overview of the roles and responsibilities of Treasury Board of Canada Secretariat and the Public Service Human Resources Management Agency of Canada. As well, I want to touch on the trends and areas where we are taking action in relation to aging as it pertains to our public service.

As the committee has many witnesses to hear, I will keep my remarks short. I will be happy to then answer any questions.

The Treasury Board of Canada Secretariat oversees government management performance and expenditure, and financial management. It also supports the Treasury Board, the employer for the core public administration and, in that capacity, manages compensation, pension, benefits and labour relations.

The core public administration is comprised of employees working in all departments listed in Schedules 1 and 4 of the Financial Administration Act, representing approximately 189,000 employees. The core public administration also forms a part of the larger federal public service, which includes employees working for separate employers. The federal public service represents about 250,000 employees in total. Broader yet — and I am sorry for these definitions but they are important — the federal public sector includes the federal public service, the Crown corporations, the Canadian Forces and RCMP personnel, representing about 468,000 employees in total. These distinctions among employee groups are important because, depending on their nature, the policies and authorities of the Treasury Board Secretariat apply, more or less, broadly across the categories of employees.

Because of this secretariat's function as a central agency responsible for the administration of the Public Service Pension Plan, we have compiled statistics of employees covered by the Public Service Superannuation Act, PSSA. These employees include employees of that core public administration I mentioned earlier, separate employers and some of the Crown corporations representing about 270,000 employees, or somewhat larger than the federal public service of which I spoke earlier.

My statement today will be based largely on the statistics and projections related to employees covered by the PSSA.

The Public Service Human Resources Management Agency of Canada is part of the Treasury Board portfolio, together with the Canada School of Public Service. The agency supports the Treasury Board by bringing together most human resource management functions including human resource planning, values and ethics and many others. The agency is also a key player in the renewal of the federal public service.

Dan Danagher, directeur exécutif, Relations de travail et opérations de rémunération, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada : Je vous remercie de l'occasion qui m'est offerte de vous parler aujourd'hui des effets du vieillissement de la population sur le plus grand employeur du Canada, le gouvernement du Canada. J'aimerais vous donner un aperçu des rôles et responsabilités du Secrétariat du Conseil du Trésor et de l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada ainsi que des tendances et des secteurs de la gérontologie dans lesquels nous intervenons à la fonction publique.

Mes remarques seront brèves compte tenu du nombre de témoins que le comité doit entendre aujourd'hui. Je serai heureux par la suite de répondre aux questions que vous pourriez avoir.

Le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada supervise le rendement de gestion et les dépenses du gouvernement, ainsi que la gestion financière. Il appuie également le Conseil du Trésor, l'employeur de l'administration publique centrale et, à ce titre, gère la rémunération, les pensions de retraite, les avantages sociaux et les relations de travail.

L'administration publique centrale est composée des employés qui travaillent dans tous les ministères énumérés dans les annexes 1 et 4 de la Loi sur la gestion des finances publiques, ce qui représente environ 189 000 employés. L'administration publique centrale forme aussi une partie de la fonction publique fédérale avec les employés qui travaillent pour des employeurs distincts, ce qui représente environ 250 000 employés en tout. Plus large encore — et je m'excuse pour ces définitions, mais elles sont importantes — le secteur public fédéral regroupe le personnel de la fonction publique fédérale, des sociétés d'État, des Forces canadiennes et de la GRC, ce qui représente un total d'environ 468 000 employés. Ces distinctions entre les groupes d'employés sont importantes parce que selon leur nature, les politiques et les pouvoirs du Secrétariat du Conseil du Trésor s'appliquent plus ou moins largement à ces catégories d'employés.

Dans notre fonction d'organisme central responsable d'administrer le Régime de pensions de retraite de la fonction publique, nous avons compilé des statistiques sur les employés assujettis à la Loi de la pension de la fonction publique (LPFP), ce qui inclut les employés de l'administration publique centrale, des employeurs distincts et certaines sociétés d'État, et représente environ 270 000 employés, un peu plus que l'administration publique centrale dont j'ai parlé tout à l'heure.

Ma déclaration d'aujourd'hui sera largement fondée sur des statistiques et des projections relatives aux employés couverts par la LPFP.

L'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada fait partie du portefeuille du Conseil du Trésor avec l'École de la fonction publique du Canada. L'Agence appuie le Conseil du Trésor en rassemblant la plupart des fonctions de gestion des ressources humaines, dont la planification et la responsabilité des RH, les valeurs et l'éthique et de nombreuses autres. L'Agence est également un intervenant important du renouvellement de la fonction publique fédérale.

I understand the committee heard from Statistics Canada on November 27 and that some discussion was related to the impact of an aging population on the labour market, especially as it relates to a workforce made up from an increasing proportion of workers above the age of 55. The Treasury Board portfolio, in support of the Treasury Board as the employer of the core public administration, is keenly interested in the impacts of these anticipated changes. Not the least of these changes is that these demographics tend to result in occupational groups being more heavily populated at the maximum rates of pay in their range; this result is often a function of years of service, making it more expensive to sustain these groups. In the context of a tightening labour market, which we anticipate, the pressures in this regard are only heightened.

Nevertheless, while much work remains to be done, our analysis suggests that many existing policies and practices put the government in a good position to cope with the pressures of an aging population on Canada's labour market and, therefore, on the public service workforce. The recent age pattern of hiring of employees covered by the Public Service Superannuation Act indicates a shift in age profile of new full-time hires that reflects the changing age structure of the Canadian workforce itself. We currently engage new employees in the indeterminate workforce covered by the act across the entire range of age of Canadian workers.

The pattern of hiring at more advanced years that we have seen has reinforced the otherwise natural aging of the public service workforce that followed the rapid growth in the public service that took place from the late 1960s through the late 1970s. In fact, 1978 was the peak year of hiring in the public service. This means that the public service has itself aged both naturally and as a function of its recent hiring patterns.

For example, in 1982, 41 per cent of the public service was under the age of 35 and only 25 per cent were 50 years of age or over. In comparison, by 2005, 16 per cent of the public service was under the age of 35 — a full 25-per-cent drop — and 35 per cent were 50 years of age or over — a full 10-per-cent increase. By the year 2020, projections are that 40 per cent will be over the age of 50.

For various reasons — a more educated workforce that goes to school longer and joins the labour market later in life, or older, experienced workers joining the government later in their career and keen to provide for their retirement — the longer-term trend is leaning toward an increasing proportion of retirements at a later age. In fact, we project that by 2020, the number of public service employees retiring after the age of 65 will almost triple the current proportions.

The issue of phasing into retirement is becoming a more central human resources issue among Canadians employers. This is why we have already established a number of types of leave that enable variable work arrangements that allow for a better work-life balance for employees. These policies serve the purpose of encouraging a phased approach to retirement, and enable good

Je sais que le comité a entendu Statistique Canada, le 27 novembre dernier, et qu'il y a eu discussion de l'incidence du vieillissement de la population sur le marché du travail, surtout à propos de la main-d'œuvre composée d'une proportion croissante de travailleurs de plus de 55 ans. Le Secrétariat, en appui du Conseil du Trésor comme employeur de l'administration publique centrale, est vivement intéressé par l'incidence de ces changements prévus, dont le plus important est que cela tend à peupler de plus en plus les groupes professionnels d'employés aux taux de rémunération maximums, résultat de plusieurs années de service, ce qui rend le soutien de ce groupe plus onéreux. Dans le cadre d'un marché de l'emploi plus serré, que nous prévoyons, les pressions à cet égard sont renforcées.

Toutefois, bien qu'il reste beaucoup à faire, notre analyse préliminaire indique que plusieurs de nos politiques et pratiques actuelles mettent le gouvernement en bonne position pour composer avec les pressions que la population vieillissante exercera sur le marché du travail du Canada et, donc, sur notre main-d'œuvre de la fonction publique. La récente répartition par âge de l'embauche des employés couverts par la LPFP indique un changement dans la courbe d'âge des nouveaux employés à temps plein qui reflète la structure par âge de la main-d'œuvre canadienne elle-même. Nous embauchons maintenant des employés pour une période indéterminée couverts par la LPFP dans l'ensemble de la plage d'âge des travailleurs canadiens.

Cette répartition de l'embauche à un âge plus avancé a renforcé le vieillissement par ailleurs naturel de la main-d'œuvre de la fonction publique qui a suivi la croissance rapide de la fonction publique de la fin des années 1960 jusqu'à la fin des années 1970. En fait, 1978 a été l'année sommet de l'embauche dans la fonction publique. Cela signifie que la fonction publique a elle-même vieilli tout naturellement qu'en fonction des récentes tendances de l'embauche.

Par exemple, en 1982, 41 p. 100 de la fonction publique avait moins de 35 ans et seulement 25 p. 100 avait 50 ans et plus. Par rapport à 2005, 16 p. 100 de la fonction publique avait moins de 35 ans — soit une baisse de 25 p. 100 — et 35 p. 100 avait 50 ans et plus, soit une augmentation de 10 p. 100. D'ici à l'an 2020, selon les projections, 40 p. 100 auront plus de 50 ans.

Pour diverses raisons — une main-d'œuvre plus instruite qui fréquente l'école plus longtemps et entre sur le marché du travail plus tard dans la vie, les travailleurs plus vieux et expérimentés qui se joignent au gouvernement plus tard dans leur carrière — la tendance à plus long terme indique une proportion croissante des départs à la retraite à un âge plus avancé. En fait, nous prévoyons que d'ici 2020, le nombre d'employés prenant leur retraite après 65 ans sera presque trois fois le nombre actuel.

Le problème de la prise graduelle de la retraite devient un enjeu des ressources humaines plus central chez l'ensemble des employeurs canadiens. C'est pourquoi nous avons déjà établi divers types de retraite qui prévoient différents arrangements de travail, lesquels permettent un meilleur équilibre travail-vie pour les employés. Ces politiques tiennent lieu d'encouragement à une

succession planning and knowledge transfer. In addition, it is important to note that there is no generalized mandatory retirement age in the public service governed by the Public Service Superannuation Act.

On the subject of succession planning, despite public perceptions to the contrary, our projections and recent experience do not point to a baby boomer exit rush from the federal public service in the immediate future. In fact, based on current trends, we estimate that retirements will increase from present levels, but will do so in a gradual and orderly manner over the next 14 years. That is to say, a distinction should be made between employees getting older and employees retiring.

The aging of Canada's population will challenge our recruitment and retention abilities, much as it will for other employers across the country. For example, we anticipate an increasing pressure on wages as all employers in Canada compete for a reduced pool of workers. The federal government must therefore continue to develop innovative approaches beyond mere monetary compensation to anticipate and adapt to these pressures, and to attract and retain qualified workers to continue to meet the expectations of Canadians in terms of a quality public service.

In summary, areas of concentration for labour relations and collective bargaining are in themselves a reflection of the demographics of our workforce. The terms and conditions of public service employment, including pay, reflect the issues to recruit and retain the types of employees we need to accomplish the various missions and mandates of our departments and agencies. As such, we must continue to establish these terms and conditions to anticipate and adapt to the constantly evolving pressures and demands that a changing and aging workforce presents.

The Chairman: Thank you very much for those comments and thank you to all of you who were good on timing. I appreciate that. More importantly, I think it was a good thing to bring you all around the table so you could listen to one another.

Senator Mercer: I echo the chair's last comments. It is probably a good idea to have you all here so you can hear what everyone else is doing.

Mr. Hicks, you mentioned the decline of the number of seniors that were below the poverty line; between 1980 and 2004, they went from 21 per cent down to 5.6 per cent. How did you measure that?

retraite progressive et permettent la bonne planification de la relève et le transfert des connaissances. En outre, il est important de signaler qu'il n'y a aucune retraite obligatoire généralisée dans la fonction publique régie par la Loi sur la pension de la fonction publique.

Pour ce qui est de la planification de la relève, il est peut-être important de mentionner que malgré certaines perceptions publiques du contraire, nos projections et les récentes expériences ne témoignent pas d'une « ruée vers la sortie » de la fonction publique par les enfants de l'après-guerre. En fait, selon les tendances actuelles, nous estimons que les départs à la retraite augmenteront par rapport aux niveaux actuels, mais d'une manière graduelle et ordonnée pendant les 14 prochaines années. C'est dire qu'il faut faire une distinction entre les employés qui vieillissent et ceux qui prennent leur retraite.

Le vieillissement de la population canadienne remet en question nos capacités de recrutement et de maintien de l'effectif, tout comme pour les autres employeurs de tout le pays. Par exemple, nous prévoyons des pressions accrues sur les salaires alors que tous les employeurs se feront concurrence dans un bassin réduit de travailleurs. Le gouvernement fédéral devra donc continuer de trouver des stratégies innovatrices, au-delà de la simple rémunération, pour prévoir, afin de s'y adapter, les pressions et demandes en constante évolution qu'exerce une main-d'œuvre changeante et vieillissante et pour adapter et conserver des travailleurs qualifiés afin de continuer à répondre aux attentes des Canadiennes et des Canadiens en matière de prestation de services de qualité.

En résumé, il faut souligner que les secteurs de concentration des relations de travail et de la négociation collective reflètent la démographie de notre main-d'œuvre. Les conditions d'emploi dans la fonction publique, y compris la rémunération, tiennent compte des questions qui servent à recruter et à conserver le genre d'employés dont nous avons besoin pour accomplir les différentes missions et les mandats de nos ministères et organismes. C'est ainsi que pour fixer ces conditions, nous devons continuer, pour nous y adapter, à prévoir les pressions et demandes en constante évolution que présente une main-d'œuvre changeante et vieillissante.

La présidente : Merci beaucoup de ces observations et merci à vous tous d'avoir respecté le temps qui vous était alloué. Je l'apprécie. Surtout, je pense que c'était une bonne idée que de vous rassembler tous autour de cette table de sorte que vous puissiez entendre ce que les autres ont à dire.

Le sénateur Mercer : Je suis d'accord avec madame la présidente. C'est probablement une bonne idée que vous soyez tous là pour entendre ce que chacun fait.

Monsieur Hicks, vous avez parlé de la diminution du nombre de personnes âgées vivant en deçà du seuil de la pauvreté. De 1980 à 2004, leur pourcentage est passé de 21 p. 100 à 5,6 p. 100. Comment avez-vous établi ce pourcentage?

I am on the Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry, which is studying rural poverty. Our biggest problem is to define what poverty is and where that poverty line is. Can you tell me that?

Also, in that 5.6 per cent of seniors who are below that line, how many people does that actually represent?

Mr. Hicks: I wish you had not asked me a mathematical question. I will get back to you on multiplying that. It is simply the population; I will come back to you with a precise answer. It is 1.5 million, I am being whispered to; someone has a calculator up there. I will still verify that number in question.

How do we measure? First, use any measure and we will wind up with roughly the same picture. The measure I am particularly talking about is the Statistics Canada low income cut-off, LICO, number; but we can use any number of lines and they all show roughly that same basic decline in low income or poverty between those two years. It went from a high figure, indeed, to a low figure.

However, the technical answer is that a Statistics Canada low income cut-off line was used, which means they needed to use an abnormally high percentage of their income to look after the basic supports for food and housing. That is basically the concept.

Senator Mercer: One problem I have discovered in working with Statistics Canada on my other committee duties is that the LICO criteria is not always accurate because those numbers are ones that people report themselves. There is a tendency not to report accurately to government necessarily. If we use tax numbers, some numbers show people with no income. A person having no income and still surviving does not make sense; some money must be coming in somewhere. Therefore, I am cautious when we review that: we should think about how that measurement is made.

Ms. Gillis: I am interested in your comment on age-friendly cities. I am also interested that my home town of Halifax is on your list. My 87-year-old mother would be mad at me if I did not ask the question. What is an age-friendly city? In a city of a lot of hills, such as Halifax, I cannot imagine it being age-friendly.

Ms. Gillis: You will be happy to know the first part of the project, which we are undertaking now, is asking seniors themselves what they consider an age-friendly city, based on a series of nine questions formulated by the World Health Organization. Each city involved is pulling together a team of seniors, hopefully following various income and gender-specific rules, to ask them exactly what age-friendly is. We will have those

Je fais partie du Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts, qui étudie actuellement la pauvreté dans les régions rurales. Notre plus gros problème consiste à définir ce qu'est la pauvreté et où se situe le seuil de la pauvreté. Pouvez-vous me le dire?

Aussi, ces 5,6 p. 100 de personnes âgées qui vivent en deçà du seuil de pauvreté, cela équivaut à combien de personnes en réalité?

M. Hicks : J'aurais aimé que vous me posiez une question autre que d'ordre mathématique. Je vais vous revenir après avoir fait les multiplications. C'est simplement le nombre de personnes; je vais vous revenir avec une réponse précise. C'est 1,5 million de personnes, quelqu'un vient de me souffler à l'oreille. Quelqu'un a une calculatrice. Mais je vais quand même vérifier ce chiffre.

Comment mesurons-nous le pourcentage? D'abord, nous utilisons une mesure qui nous permettra d'aboutir en gros à la même réalité. La mesure dont je parle, c'est le seuil de faible revenu de Statistique Canada, mais nous pouvons utiliser n'importe quel nombre de lignes qui indiquent toutes en gros la même diminution du faible revenu ou de la pauvreté entre ces deux années. Bien sûr, on est passé d'un chiffre élevé à un chiffre bas.

Cependant, pour vous donner une réponse technique, le seuil de faible revenu de Statistique Canada a été utilisé, ce qui veut dire que ces gens-là devaient utiliser un pourcentage anormalement élevé de leur revenu pour subvenir à leurs besoins de base en matière d'alimentation et de logement. Essentiellement, c'est ça le concept.

Le sénateur Mercer : Un des problèmes que j'ai découvert pour avoir travaillé avec Statistique Canada dans l'autre comité dont je fais partie, c'est que les critères du SFR ne sont pas toujours exacts parce que les chiffres sont ceux que fournissent les gens eux-mêmes. De façon générale, les rapports qu'on présente au gouvernement ne sont pas nécessairement exacts. Si on utilise les données fiscales, d'après certains chiffres, les gens n'ont aucun revenu. Une personne qui n'a aucun revenu et qui réussit quand même à survivre, ça n'a pas de sens; il doit y avoir de l'argent qui vient de quelque part. Par conséquent, je suis prudent lorsque j'examine ces données : il faut penser à la façon dont la mesure est effectuée.

Madame Gillis, j'ai bien aimé votre commentaire sur le projet des villes-amies des aînés. Je suis également heureux de savoir que la ville de Halifax d'où je viens figure sur votre liste. Ma mère de 87 ans m'en voudrait si je ne posais pas la question. Qu'est-ce qu'une ville-amie des aînés? Une ville aux multiples collines comme Halifax, je n'arrive pas à imaginer qu'elle soit amie des aînés.

Mme Gillis : Vous serez heureux d'apprendre que la première partie du projet, que nous sommes en train de lancer, consiste à demander aux personnes âgées elles-mêmes ce qu'elles considèrent comme une ville-amie des aînés, à l'aide de neuf questions établies par l'Organisation mondiale de la santé. Chaque ville participante réunit une équipe de personnes âgées, ayant, on l'espère, divers types de revenus et établit des règles spécifiques relatives au sexe,

answers, probably around January, and then we will work on pulling together what we found across the globe.

Senator Mercer: That would be interesting for us to pursue and maybe to look at the questionnaire together so that we can have an idea of what you are asking.

Ms. Gillis: Absolutely; if you want to go to one of the meetings, feel free. We can set that up.

Senator Mercer: We will not finish our study by January, so as you do your statistics, we would love to hear what the seniors say.

Ms. Gillis: Sure.

Senator Mercer: I have one more question for Mr. Stewart. I should preface it by saying at one time I was the executive assistant to the Minister of Housing in Nova Scotia in the 1970s when we were building seniors' complexes across the country. I want to talk about the buildings I helped make the decision to build. I realize it is a joint operation, but does CMHC pay attention to, or provide funding to the provinces and the municipalities for, the infrastructure and maintenance of these important buildings? I refer to Nova Scotia where we have a large number of these complexes. They are extremely important to continuing communities.

I live in a small village outside Halifax now, and there is a small seniors' complex there. Those people would not live in our community if that complex were not there. They would be someplace else. Our community would deteriorate because they would be away from their families.

As a government, do we pay any attention to the infrastructure and maintenance of these facilities?

Mr. Stewart: The answer is yes. At the present time, CMHC pays about \$2 billion a year in support of the existing housing stock. Most of that money is transferred to provinces for the administration of existing public and social housing units.

I am not sure what the percentage is for the province of Nova Scotia, but a significant amount of housing in the province continues to be supported by subsidy payments from the federal government.

Senator Mercer: Is \$2 billion doing the job? Are we maintaining the buildings in a reasonable form? I visited a number of these buildings during election campaigns and some of them are not in as good repair as others.

Mr. Stewart: When we transferred the responsibility for the administration of the social housing stock to the provinces, we also transferred the federal dollars that go along with it.

pour leur demander exactement ce qu'est une ville-amie des aînés. Nous aurons ces réponses, probablement en janvier, après quoi nous travaillerons à rassembler tout ce que nous avons constaté à l'échelle internationale.

Le sénateur Mercer : Ce seraient des données intéressantes pour nous et nous pourrions peut-être examiner les questionnaires ensemble de sorte que nous puissions avoir une idée de ce que vous demandez.

Mme Gillis : Absolument. Si vous voulez assister à l'une des réunions, sentez-vous bien libre de le faire. Nous pouvons prendre les dispositions nécessaires.

Le sénateur Mercer : Nous n'aurons pas terminé notre étude en janvier, donc, au fur et à mesure que vous établirez vos statistiques, nous aimerions savoir ce que disent les personnes âgées.

Mme Gillis : Certainement.

Le sénateur Mercer : J'aimerais poser une autre question à M. Stewart. D'abord, je devrais dire que j'ai déjà été adjoint administratif au ministre du Logement en Nouvelle-Écosse dans les années 1970 au moment où l'on construisait des complexes pour personnes âgées dans tout le pays. J'aimerais parler des immeubles pour lesquels je suis intervenu et que l'on a décidé de bâtir. Je sais que c'est un travail commun, mais est-ce que la SCHL s'occupe des provinces et des municipalités, ou leur accorde des fonds pour l'infrastructure et l'entretien de ces immeubles importants? Je pense ici à la Nouvelle-Écosse qui compte de nombreux complexes de ce genre. Ils sont extrêmement importants pour le maintien des collectivités.

Je vis actuellement dans un petit village à l'extérieur de Halifax, où l'on trouve un petit complexe pour les personnes âgées. Ces gens-là ne vivraient pas dans notre collectivité s'il n'y avait pas ce complexe. Ils seraient ailleurs. Notre collectivité se détériorerait parce qu'ils seraient loin de leurs familles.

Est-ce que le gouvernement veille à l'infrastructure et à l'entretien de ces établissements?

M. Stewart : Oui. Actuellement, la SCHL verse environ 2 milliards de dollars par année pour l'entretien du parc de logements existants. La majeure partie de ces crédits sont transférés aux provinces pour l'administration des unités de logement social et public existantes.

Je ne sais pas exactement quel est le pourcentage pour la province de la Nouvelle-Écosse, mais un grand nombre d'installations profitent des subventions du gouvernement fédéral.

Le sénateur Mercer : Est-ce que vous avez assez de 2 milliards de dollars? Est-ce que les immeubles sont raisonnablement bien entretenus? J'ai visité plusieurs de ces immeubles durant les campagnes électorales et certains d'entre eux ne sont pas en aussi bon état que d'autres.

M. Stewart : Lorsque nous avons transféré la responsabilité de l'administration du parc de logement social aux provinces, nous avons également transféré les crédits fédéraux qui allaient avec.

In most provinces, we have found that since that time, because interest rates have dropped and mortgage payments have also fallen, provinces have had more than enough money to maintain the stock.

In fact, some provinces have used those savings to increase the stock of affordable housing.

Senator Mercer: Mr. Stewart, this information may be in the package you have given us, but I would be interested to see a graph on CMHC's participation in the construction of social housing over the last 30 years.

We have been in and out of the business, and some people will be anxious for us to get back in the business.

I know something else we need to look at. When the government transfers responsibility down to the next level of government, it is not necessarily picked up by the next level of government with the same level of enthusiasm there may have been at the federal government level.

Mr. Stewart: The major supply program for affordable housing currently is the \$1 billion of federal contributions, the Affordable Housing Initiative.

We are about two-thirds of our way through that \$1 billion. I believe we have produced about 30,000 additional affordable housing units.

That money has been transferred to provinces. In the case of the Affordable Housing Initiative, it is in support of provincially designed programs.

Senator Cordy: Thank you to each of you. You have given us a lot of information today.

I want to go back to a comment the chair made, that it was wonderful to hear your comments. It was also wonderful for all of you to hear one another.

I wonder how much opportunity there is for various government departments to sit down and find out what is going on within other government departments.

For legislation or policies relating to seniors, or inclusive of seniors, is there a mechanism in place where various government departments get together and discuss how the legislation will affect seniors?

Mr. Hicks: The answer is yes, there is an interdepartmental committee. One of its current main tasks is to look at the Madrid summit and prepare responses for that.

This development is not new. It has gone under various names and headings for many years. Over the years, it would typically meet three to four times a year for a regular information-sharing session. There would be a more intensive session when a particular topic came up.

There is also coordination with respect to the federal departments and the provincial governments. There is also an ongoing federal-provincial-territorial meeting with a regular

Dans la plupart des provinces, nous avons constaté que depuis, parce que les taux d'intérêt ont diminué et qu'il en a été de même pour les paiements hypothécaires, les provinces avaient assez d'argent pour assurer l'entretien des logements.

En fait, certaines provinces ont utilisé ces économies pour accroître le nombre de logements abordables.

Le sénateur Mercer : Monsieur Stewart, cette information se trouve peut-être dans les documents que vous nous avez remis, mais j'aimerais voir un graphique sur la participation de la SCHL à la construction de logements sociaux au cours des 30 dernières années.

Le gouvernement s'est retiré, puis est revenu, et certaines personnes ont bien hâte que nous revenions dans le décor.

Il y a une autre chose dont nous devons nous occuper. Lorsque le gouvernement transfère des responsabilités au niveau de gouvernement suivant, on ne retrouve pas nécessairement le même niveau d'enthousiasme qu'il y avait lorsque c'était le gouvernement fédéral qui était responsable du dossier.

M. Stewart : Le principal programme de logements abordables actuellement, c'est l'Initiative du logement abordable qui bénéficie de 1 milliard de dollars de contributions fédérales.

Avec ce milliard de dollars, nous en sommes à peu près aux deux tiers de notre travail. Je crois que nous avons produit environ 30 000 unités additionnelles de logement abordable.

Cet argent a été transféré aux provinces. En ce qui concerne l'Initiative du logement abordable, elle vient appuyer les programmes conçus par les provinces.

Le sénateur Cordy : Merci à vous tous. Vous nous avez donné beaucoup d'information aujourd'hui.

J'aimerais revenir à un commentaire qu'a fait la présidente, à savoir qu'il était agréable d'entendre vos observations. Cela a été également agréable pour tous d'entendre ce que les autres avaient à dire.

Je me demande si les divers ministères fédéraux ont souvent l'occasion de s'asseoir ensemble et de constater ce qui se fait dans d'autres ministères.

Pour les lois et les politiques concernant les personnes âgées, ou incluant les personnes âgées, est-ce qu'il existe un mécanisme permettant aux divers ministères de se réunir et de discuter des répercussions qu'aura la loi sur les personnes âgées?

M. Hicks : La réponse est oui, il y a un comité interministériel dont l'une des tâches principales actuellement est d'examiner les mesures adoptées au sommet de Madrid et de préparer les réponses.

Cela n'a rien de nouveau. Le comité a porté divers noms pendant de nombreuses années. Au fil des ans, ses membres se rencontrent en général trois ou quatre fois par année pour une séance régulière de diffusion d'information. Il y a une séance de travail plus intensive lorsqu'une question précise doit être étudiée.

Il y a aussi coordination entre ministères fédéraux et gouvernements provinciaux. On tient aussi une réunion permanente fédérale-provinciale-territoriale au cours de laquelle

sharing of information between the two orders of government, including a series of federal departments working together with a series of provincial departments.

As you correctly identify, the responsibility is widely diffused. I am sure we could do better, but we have tried to pay a fair amount of attention to this area over the years.

Senator Cordy: I am wondering about communication within departments. You said a routine is established.

Prime Minister Chrétien had a task force on seniors. One recommendation was that there should be a federal minister responsible for seniors.

Would that be conducive to more knowledge-sharing between departments?

Mr. Hicks: Our minister has been designated as such.

In the former government, a special minister was named. Currently, the responsibility resides with our minister.

There has been an interesting experience worldwide on that subject that you might wish to explore. It has not always worked well in some countries. In other countries, it has worked particularly well. It matters a lot what the mandate is.

Senator Cordy: We heard today of wonderful programs available for seniors. Some of you made mention of wonderful documents that you have with information relating to seniors.

How do you communicate to seniors? Not all seniors are computer-savvy or have access to computers. Direct deposit has meant less mail going to seniors than there used to be. Mr. Hicks, you spoke about the isolation of seniors.

One recommendation this task force made under Mr. Chrétien was to revive the New Horizons for Seniors program. You rightly said that recommendation was acted upon, and that would help reduce isolation for seniors.

These are problems. How do you make sure that seniors are available?

We heard stories about seniors in Nova Scotia not taking advantage of financial programs that are available to them. I am sure that problem goes across the nation.

How do you ensure that seniors receive the available information and programs that we have heard about today?

Mr. Hicks: I suppose every department will want to say a quick word on that subject.

les deux niveaux de gouvernement diffusent de l'information, y compris une série de ministères fédéraux qui travaillent avec divers ministères provinciaux.

Comme vous l'avez bien dit, les responsabilités sont largement réparties. Je suis sûr que nous pourrions faire mieux, mais nous avons essayé d'accorder pas mal d'attention à ce secteur au cours des années.

Le sénateur Cordy : Je me demande ce qui advient des communications au sein des ministères. Vous avez dit qu'il s'est établi une certaine façon de procéder.

Le premier ministre Chrétien avait demandé que l'on crée un groupe de travail sur les personnes âgées. L'une des recommandations était qu'il devrait y avoir un ministre fédéral responsable des personnes âgées.

Est-ce que cela permettrait une diffusion plus importante de l'information entre les ministères?

M. Hicks : Notre ministre a été chargé de cette question.

Dans l'ancien gouvernement, on avait nommé un ministre spécial. Actuellement, la responsabilité appartient à notre ministre.

Il y a de plus en plus d'expériences qui sont menées à l'échelle mondiale sur cette question et que vous pourriez peut-être vouloir explorer. Les choses n'ont pas toujours fonctionné dans certains pays. Dans d'autres, cela a été particulièrement bien. Le mandat qui est donné a beaucoup d'importance.

Le sénateur Cordy : Nous avons entendu parler aujourd'hui de programmes merveilleux offerts aux personnes âgées. Certains d'entre vous ont fait part de documents extraordinaires dont vous disposez et qui contiennent des renseignements sur les personnes âgées.

Comment communiquez-vous avec les personnes âgées? Les personnes âgées ne maîtrisent pas toutes l'ordinateur ou n'ont pas accès à un ordinateur. Les dépôts directs ont fait en sorte que moins de courrier est acheminé aux personnes âgées qu'avant. Monsieur Hicks, vous avez parlé de l'isolement des personnes âgées.

L'une des recommandations qu'a faites le groupe de travail dans le gouvernement de M. Chrétien consistait à redonner naissance au programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Vous avez raison de dire que cette recommandation a été suivie, et que cela permettra de réduire l'isolement des personnes âgées.

Ce sont là des problèmes. Comment êtes-vous certain que les personnes âgées vont participer?

On a entendu parler de personnes âgées en Nouvelle-Écosse qui ne profitaient pas des programmes financiers mis à leur disposition. Je suis sûre que le problème est le même partout au Canada.

Comment vous assurez-vous que les personnes âgées reçoivent l'information disponible et profitent des programmes dont nous avons entendu parler aujourd'hui?

M. Hicks : Je suppose que le représentant de chaque ministère voudra dire quelques mots à ce sujet.

I do not want to suggest that it is finished yet, but we will look to friendlier websites with respect to seniors. That is not the whole answer, because a number of seniors are not current with web technology.

If I might be so bold, you may wish to invite our colleagues from Service Canada to address that issue. They have a wealth of experience on reaching different people in the community. They have a rich base of experience that you may want to probe.

We have outreach programs associated with our various programs. Our CPP/OAS has a rich outreach program. We work hard to address the issues. You say that we have been successful in recent years in that kind of outreach with respect to our particular programs. I am looking for confirming nods. If I understand you correctly, you are thinking perhaps less about program-by-program than about the broader set of issues relating to seniors. I do not know whether my colleagues would care to comment.

Ms. Gillis: We do that in a number of ways. All of us around the table admit that is sometimes a challenge, in particular with respect to more isolated seniors. They are the folks that we want to reach. We liaise with a number of seniors organizations, including the Congress of National Seniors Organizations. We are funding them to come together next week. The minister's National Advisory Council on Aging does a fair amount of outreach. We use Service Canada portals, and we have an extensive mail-out list whereby we try to target various seniors' organizations, medical centres and seniors' centres for our documents.

Senator Cordy: Mr. Guptill, I am interested in your comments on members of the Royal Canadian Legion who suggested that the Veterans Independence Program should be the model for seniors' home care. I was the sponsor of the veterans independence bill when it came to the Senate and I assure you, it is always wonderful to sponsor a bill for veterans because everyone is unanimous in supporting it. How far has this gone? It is a wonderful model. At the outset the Veterans Independence Program was not necessarily for the long term but it was so successful in allowing veterans to stay in their homes that it seems like a great model for the senior population as a whole. Has it gone beyond only members of the Royal Canadian Legion speaking about it with you? Are you pursuing such a program with other government departments?

Mr. Guptill: As you know, there has been a great deal of interest expressed by members of the Royal Canadian Legion to extend this program as a broader-based government program. The government recently expanded the Veterans Independence

Je ne dis pas que tout est terminé, mais nous allons envisager la création de sites web plus conviviaux pour les personnes âgées. Ce n'est pas la solution à tous les problèmes, parce que beaucoup de personnes âgées ne connaissent pas la technologie du web.

Si vous me permettez de vous faire cette suggestion, vous pourriez peut-être inviter nos collègues de Service Canada à aborder la question. Ils possèdent une mine d'expérience sur la façon de joindre différentes personnes dans la collectivité. Ils possèdent une vaste base d'expérience que vous pourriez peut-être vouloir examiner.

Nos divers programmes sont assortis d'un volet sensibilisation. C'est le cas de notre programme de RPC/SV. Nous travaillons fort pour aborder les enjeux. Vous dites que nous avons réussi ces dernières années dans ce genre de sensibilisation concernant nos programmes en particulier. Je cherche à voir si des gens vont confirmer. Si je vous comprends bien, vous pensez peut-être moins à des programmes spécifiques qu'à un ensemble plus général de questions concernant les personnes âgées. Je ne sais pas si mes collègues vont vouloir faire un commentaire.

Mme Gillis : C'est ce que nous faisons de différentes façons. Toutes les personnes qui sont autour de cette table aujourd'hui reconnaissent qu'il y a parfois un défi, plus particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées plus isolées. Ce sont elles que nous voulons joindre. Nous établissons la liaison avec plusieurs organismes de personnes âgées, y compris le Congrès des organismes nationaux d'ainés. Nous les finançons pour qu'ils viennent nous rencontrer la semaine prochaine. Le Conseil consultatif national sur le vieillissement du ministre fait beaucoup de sensibilisation. Nous utilisons les passerelles de Service Canada et nous avons une longue liste d'envois postaux à l'aide desquels nous essayons de cibler certains organismes de personnes âgées, des centres médicaux et des centres de personnes âgées pour leur faire parvenir nos documents.

Le sénateur Cordy : Monsieur Guptill, j'ai bien aimé vos commentaires au sujet des membres de la Légion royale canadienne qui ont proposé que le Programme d'autonomie des anciens combattants devienne le modèle du programme de soins à domicile des personnes âgées. C'est moi qui ai parrainé le projet de loi sur l'autonomie des anciens combattants lorsqu'il a été renvoyé au Sénat et je peux vous assurer qu'il est toujours agréable de parrainer un projet de loi pour les anciens combattants parce que tout le monde est d'accord pour l'appuyer. Jusqu'où êtes-vous allés? C'est un modèle merveilleux. Au départ, le Programme d'autonomie des anciens combattants n'était pas nécessairement prévu pour durer longtemps, mais il a eu tellement de succès pour ce qui est de permettre aux anciens combattants de rester dans leur maison qu'il semble être un merveilleux modèle pour l'ensemble des personnes âgées. Est-ce que d'autres que les membres de la Légion royale canadienne vous en ont parlé? Est-ce que vous cherchez à appliquer ce programme dans d'autres ministères fédéraux?

M. Guptill : Comme vous le savez, les membres de la Légion royale canadienne se sont dits très intéressés par l'élargissement de ce programme pour en faire un programme appliqué à la grandeur du gouvernement. Récemment, le gouvernement a

Program in three different tranches to have more survivors eligible for programming under the VIP, which was started in 1981 and was called the Aging Veterans Program. It was expanded over the years to include many veterans. We provide assistance to a total number of 90,000. That number of clients is significant.

Interestingly, the program was initially put in place as a way of dealing with increasing costs, although I am not sure it was advertised that way. After World War II and as the World War II veterans turned 60 and older, a significant number of World War I veterans were in nursing homes, and there was pressure to have many of these World War II veterans in nursing homes. The thinking at the time was that if these veterans were able to age in place, in their own homes, there would not be a need for expanding the stock of nursing homes across the country. That has probably been the greatest success enjoyed by the Veterans Independence Program. The major program provided has been groundskeeping and housekeeping. A great deal of pressure has been placed on the government to expand that program to more survivors. That expansion is under active consideration as we conduct this health care review.

I am excited by some of the work in the health care review. Some recommendations of the Gerontological Advisory Council state that some elements of the program could benefit Canadian society in general. In particular, a needs-based analysis provides outreach for not only home care but also other components of the VIP available to people on the basis of need. Some researchers that work with us on the advisory counsel recommend sophisticated needs assessments that take into consideration what is referred to as the social determinants of health. Therefore, the work involves not only health care status but also income levels, seniors' activities and interaction in their respective communities. These factors are part of the determinants of how well someone functions in society. We are working on these factors. There is not an initiative per se but much interest has been expressed by the Royal Canadian Legion and its resolutions to expand the program to other parts of Canadian society.

Senator Keon: Mr. Guptill, in my life as a doctor and administrator, it was apparent to me that the Veterans Affairs Canada social safety network was better by far than the standard social safety network in Canada. There is no question about that. When veterans became ill, a whole series of actions kicked in to take care of them that were much better than the normal

élargi la portée du Programme d'autonomie des anciens combattants à trois étapes différentes pour que plus de survivants soient admissibles au PAAC, qui a été créé en 1981 et qui s'appelait alors le Programme pour anciens combattants avançant en âge. La portée du programme a été élargie au fil des ans pour inclure de nombreux anciens combattants. Nous offrons de l'aide à 90 000 personnes au total. Le nombre de clients est important.

Fait intéressant à signaler, le programme a d'abord été mis en place pour contrer l'augmentation des coûts, même si je ne suis pas certain que c'est ainsi qu'on le décrivait. Après la Seconde Guerre mondiale et au fur et à mesure que les anciens combattants de cette guerre atteignaient l'âge de 60 ans et plus, un grand nombre d'anciens combattants de la Première Guerre mondiale se trouvaient dans des foyers pour personnes âgées, et des pressions s'exerçaient pour que nombre d'anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale aillent eux aussi dans de tels foyers. Ce qu'on pensait à l'époque, c'est que si ces anciens combattants pouvaient vieillir chez eux, dans leur propre maison, il ne serait pas nécessaire d'accroître le nombre de foyers pour personnes âgées dans tout le pays. C'est probablement le plus grand succès du Programme d'autonomie des anciens combattants. L'élément majeur de ce programme est le volet entretien de la maison et du terrain. D'énormes pressions se sont alors exercées sur le gouvernement pour qu'il élargisse la portée de ce programme à un plus grand nombre de survivants. Cette expansion a fait l'objet d'une étude active en parallèle avec l'examen des soins de santé.

Certains des travaux réalisés dans l'examen des soins de santé m'enthousiasment. Certaines recommandations du Conseil consultatif de gérontologie précisent que des éléments du programme pourraient profiter à la société canadienne dans son ensemble. Plus particulièrement, une analyse axée sur les besoins permet de sensibiliser non seulement les gens aux soins à domicile mais à d'autres composantes du PAAC mises à la disposition des personnes en fonction des besoins. Certains chercheurs qui travaillent avec nous au Conseil consultatif recommandent des évaluations détaillées sur les besoins qui tiennent compte de ce qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé. Par conséquent, il faut non seulement nous intéresser aux soins de santé mais aux niveaux de revenus, aux activités des personnes âgées et à leur interaction avec leurs collectivités respectives. Ces facteurs font partie des éléments déterminants du fonctionnement d'une personne dans la société. Nous nous intéressons à ces trois facteurs. Il n'y a pas d'initiative comme telle pour cela, mais la Légion royale canadienne a manifesté un intérêt important et en a témoigné dans ses résolutions visant à élargir la portée du programme à d'autres composantes de la société canadienne.

Le sénateur Keon : Monsieur Guptill, lorsque j'étais médecin et administrateur, il était évident pour moi que le réseau de sécurité sociale d'Anciens Combattants Canada était de beaucoup supérieur au réseau normal de sécurité sociale au Canada. Cela ne fait aucun doute. Dès qu'un ancien combattant devenait malade, toute une série de mesures étaient prises pour s'occuper

population received. Heaven knows they deserve it. No one ever questioned whether this treatment was fair because it was felt that it was well deserved.

The point raised by Senator Cordy is that we could learn so much from this. To your knowledge, did anyone ever conduct a comparative analysis of what is available for veterans as opposed to what is available for the standard Canadian citizen of the same age? Does any document anywhere show that? I suspect that information is not available.

Mr. Guptill: I am not aware of any specific document that addresses that point. A significant amount of research is going on. We are doing some collaborative work right now with a researcher on the west coast, Marcus Hollander. This research takes a look at some of the programs offered by Veterans Affairs Canada and compares them to programs available to the Canadian population in various cities and community settings. With this information VAC can determine whether some general benefits might be available. For example, one comparison might be assisted housing versus keeping people in their homes longer. Another comparison might be the costs of community health-care settings versus the costs of some of our contract long-term care facilities.

A significant amount of work is happening in this area. I am confident that this study will have results in the spring. I am sure that many researchers, not only in our Gerontological Advisory Council but elsewhere in Canada will be interested in the results of this comprehensive work undertaken internally by our own research group, in collaboration with Marcus Hollander.

Senator Keon: Can you provide the committee with some references that we can pursue?

Mr. Guptill: Absolutely.

Senator Keon: This model is a superb one for us to look at. There are many good things there for us to consider.

Mr. Guptill: We will follow up with the chair of the committee on that issue.

Senator Keon: Coming to First Nations and Inuit health, I raise the following issue with both of you. Life expectancy of First Nations and Inuit people is lower than for the rest of the country. Hopefully, a number of initiatives underway will rapidly correct that. I hope over the next decade we will see a significant improvement in overall health status of both Inuit and First Nations people. My comment is purely anecdotal but should be considered because I suspect that your projections for the care of seniors and these populations is probably off base. You would not be projecting the life expectancy that we should see in these populations. That is my impression. I know of no scientific evidence to back that up. However, I cannot see it not happening,

de lui, mesures qui étaient bien meilleures que celles offertes à la population en général. Et Dieu sait que les anciens combattants méritent de tels soins. Personne n'a jamais contesté le fait que ce traitement était équitable parce qu'on estimait qu'il était bien mérité.

Le point qu'a soulevé le sénateur Cordy est que nous pourrions tirer tellement de leçons de cette situation. À votre connaissance, est-ce qu'on a déjà fait une analyse comparative de ce qui est offert aux anciens combattants par rapport à ce qui est offert aux citoyens canadiens ordinaires du même âge? Est-ce qu'il existe un document quelque part qui montre une telle chose? Je pense que cette information n'est pas disponible.

M. Guptill : Je ne connais aucun document spécifique qui porte sur cette question. Nous travaillons actuellement en collaboration avec un chercheur de la côte Ouest, Marcus Hollander. Son travail porte sur certains des programmes offerts par Anciens Combattants Canada et il les compare avec les programmes offerts à la population générale dans diverses villes et collectivités. Grâce à cette information, ACC peut déterminer si certaines prestations générales pourraient être offertes. Par exemple, on pourrait comparer le coût du logement assisté par rapport au coût à déboursier pour garder les gens dans leur maison plus longtemps. Une autre comparaison pourrait être le coût des établissements de santé communautaire par opposition au coût de certains de nos établissements contractants de soins de longue durée.

Il se fait beaucoup de travail dans ce domaine. J'ai bien confiance que cette étude pourra être terminée au printemps. Je suis certain que nombre de chercheurs, non seulement au sein de notre Conseil consultatif de gérontologie, mais ailleurs au Canada, seront intéressés par les résultats de cette étude comparative entreprise à l'interne par notre propre groupe de recherche, en collaboration avec Marcus Hollander.

Le sénateur Keon : Pourriez-vous nous donner certaines références que nous pourrions examiner?

M. Guptill : Absolument.

Le sénateur Keon : Ce modèle est un exemple superbe. Il renferme beaucoup de choses qui nous intéressent.

M. Guptill : Nous allons assurer le suivi avec la présidente du comité à cet égard.

Le sénateur Keon : En ce qui concerne la santé des Premières nations et des Inuits, je vous sou mets ceci à vous deux. L'espérance de vie des membres des Premières nations et des Inuits est moins élevée que pour le reste de la population du pays. Il est à espérer que diverses initiatives en cours permettront de corriger rapidement la situation. J'espère qu'au cours de la prochaine décennie, nous constaterons une amélioration importante de la santé des Inuits et des Premières nations. Mon commentaire est purement anecdotique, mais devrait être pris en compte parce que je pense que vos projections concernant le soin des personnes âgées et de ces populations sont probablement erronées. Vous ne projetez pas l'espérance de vie qu'on devrait

frankly. Have you anything underway to look at this, or have you flexibility in your system that would allow you to look at this?

Ms. Woods: I will get you some statistics. The change in life expectancy is going in a positive direction, and it has been for some time. When you look at certain specific diseases, you can see dramatic improvements over time. The one I am most familiar with is the rate of tuberculosis. While it is always frightening and still appalling that serious outbreaks occur, the rate has declined, first, precipitously, and then, steadily over the last 25 years. We try to take that into account. In a way, we are cautious and preparing for worst-case scenarios. We make adjustments as often as we can. We do not stick stubbornly to what we knew five years ago. We try to adjust our forecasts on an annual basis.

Senator Keon: In addition to the interventions that would be possible in dealing with chronic disease in these populations, and hopefully chronic disease can be dealt with expeditiously because it is much simpler than some of the other problems, chronic disease accounts for only about 25 per cent of the overall health status of these populations. I hope there are major initiatives into the social determinants of health, the other 12, so to speak — housing, water, food and environment. Social determinants will have a much bigger impact than the interventions that would occur for chronic diseases, even though chronic diseases will get more attention.

How do you factor these things into your equations when you try to deal with what I think will be an escalating curve in life expectancy, compared to the Canadian population?

Ms. Woods: Sitting beside me is Ms. Anand from Indian Affairs. We try to collaborate not only with Ms. Anand's part of the department but other parts of the department. For example, we are trying to adopt what we call a healthy housing approach, and that brings in our colleagues at CMHC. We are aware that the really big wins will come to us from looking at the overall conditions or, to put it in a more negative way, we cannot throw money at each specific disease if we do not also look at the general environment. For example, we work closely on issues of drinking water safety, air quality and housing and that sort of thing. We spend more and more time working collaboratively. I think we are now at the point where we speak the same language. We are taking that approach.

voir au sein de ces populations. C'est mon impression. Je ne connais aucune preuve scientifique qui appuie une telle chose. Cependant, je ne vois pas le jour où cela pourra se produire, bien honnêtement. Est-ce que vous avez entamé une étude quelconque sur cette question, ou votre système est-il suffisamment souple pour vous permettre de le faire?

Mme Woods : Je vais vous fournir certaines statistiques. Les changements dans l'espérance de vie sont positifs, et ce, depuis un certain temps. Pour certaines maladies en particulier, des améliorations remarquables se sont produites avec les années. Celle que je connais le mieux concerne le taux de tuberculose. Même s'il est toujours effrayant et renversant de voir que des épidémies graves se produisent encore, le taux de tuberculose a diminué, d'abord de façon subite, et ensuite de façon soutenue au cours des 25 dernières années. Nous essayons d'en tenir compte. En un sens, nous faisons preuve de prudence et nous prévoyons les pires scénarios. Nous apportons des ajustements aussi souvent que possible. Nous ne nous entêtons pas à garder les données d'il y a cinq ans. Nous essayons d'ajuster nos prévisions tous les ans.

Le sénateur Keon : Outre les interventions possibles pour traiter les maladies chroniques au sein de ces populations, et, espérons-le, les maladies chroniques peuvent être traitées aussi rapidement parce qu'elles sont beaucoup plus simples que certains autres problèmes, la maladie chronique représente seulement 25 p. 100 environ des maladies chez ces populations. J'espère que les déterminants sociaux de la santé feront l'objet d'initiatives majeures, les 12 autres, pour ainsi dire — logement, eau, nourriture et environnement. Les mesures concernant les déterminants sociaux auront un impact beaucoup plus grand que les interventions sur les maladies chroniques, même si on s'intéressera davantage aux maladies chroniques.

Comment tenez-vous compte de toutes ces choses dans vos équations lorsque vous essayez de matérialiser ce que je pense être une courbe ascendante de l'espérance de vie comparativement à celle de la population canadienne?

Mme Woods : Je suis assise à côté de Mme Anand, des Affaires indiennes. Nous cherchons toujours à collaborer non seulement avec la direction de Mme Anand au sein de son ministère, mais avec d'autres directions. Par exemple, nous tentons actuellement d'adopter ce que nous appelons une approche saine en matière de logement et pour cela, nous avons besoin de nos collègues de la SCHL. Nous sommes conscients que nous retirerons de véritables avantages si nous examinons les conditions d'ensemble ou, pour mettre les choses de façon plus négative, nous ne pouvons dépenser follement des sommes pour chaque maladie si nous ne tenons pas compte de l'environnement en général. Par exemple, nous travaillons en étroite collaboration sur des dossiers comme la sécurité de l'eau potable, la qualité de l'air et du logement, etc. Nous collaborons de plus en plus souvent. Je pense que nous en sommes maintenant au point où nous parlons le même langage. C'est notre approche.

Senator Murray: On the same topic, is there a short answer to the question why the incidence of tuberculosis among registered Indians is 34.5 per 100,000 population, and among Inuit, 82.1 per 100,000 population, compared to 5.5 in the Canadian population as a whole?

Ms. Woods: At the risk of being flippant, there is no short answer. It would be useful to have some of the longer-term statistics so you can see that the incidence is going in the right direction.

Senator Murray: Good Lord, if it is going in the right direction, I hate to think what it was 10 years ago.

Ms. Woods: It was shockingly high 25 years ago.

Senator Murray: I think 82.1 per 100,000 compared to 5.5 in Canada is still shockingly high.

Ms. Woods: It is terrible, and it is one area where we are trying to collaborate more, as are the two territories where most of the Inuit reside. The medical officers of health spend a lot of time talking together. We are trying to work in a more coordinated way. It comes back to some of the things that Senator Keon mentioned. Much of it is housing quality. Overcrowding is the absolutely ideal condition for spreading tuberculosis. While we have a good program of contact-tracing, directly observed therapy and that sort of thing, we never get ahead of the curve in the communities where housing shortages are critical. If 10 people or more are living in a small house and someone has tuberculosis, everybody will be exposed. We are mindful of that. No one is complacent, and nobody is saying, "Look at what a great job we have done," because the job is nowhere near finished.

Senator Murray: Mr. Guptill, the Veterans Independence Program is not income-tested, is it?

Mr. Guptill: No, it is not.

Senator Murray: You said that some 90,000 veterans and survivors benefit from it. What do they need to do to be eligible for it?

Mr. Guptill: For a veteran to be eligible, like many of the programs that Veterans Affairs Canada offers, essentially the program has two entry points. For war service veterans, the entry points have been whether these individuals have suffered a disability at some time.

Senator Murray: In service?

Mr. Guptill: In service, although our definition of when the service disability took place for 82-year-old veterans has an ability to reach back and say, "Your disability today is linked to your service in World War II." There is a service connection first of all. If the service connection prevents a veteran from carrying out any activities of independent living, activities of daily living, then the

Le sénateur Murray : Au sujet de la même question, pourriez-vous me dire brièvement pourquoi l'incidence de la tuberculose chez les Indiens inscrits est de 34,5 par tranche de 100 000 habitants et chez les Inuits, de 82,1 pour la même tranche, comparativement à 5,5 dans la population canadienne dans son ensemble?

Mme Woods : Au risque de vous paraître désinvolte, la réponse est plutôt longue. Il serait utile d'avoir les statistiques à long terme pour que vous puissiez voir que les choses s'améliorent.

Le sénateur Murray : Bon sang, si les choses s'améliorent, qu'est-ce que c'était il y a 10 ans?

Mme Woods : Le ratio était très élevé il y a 25 ans.

Le sénateur Murray : Je pense que 82,1 par tranche de 100 000 personnes comparativement à 5,5 pour l'ensemble de la population canadienne est encore épouvantablement élevé.

Mme Woods : C'est terrible, et c'est un secteur dans lequel nous essayons de collaborer davantage, tout comme les deux territoires où habitent la majorité des Inuits. Les médecins conseils en santé publique passent beaucoup de temps à discuter ensemble. Nous essayons de travailler de façon plus coordonnée. On revient aux choses dont a parlé le sénateur Keon. Pour une bonne part, c'est la qualité du logement. Le surpeuplement dans les logements est la condition absolument idéale pour la propagation de la tuberculose. Même si nous avons un bon programme de relance des contacts, des traitements directement observés, etc., nous n'arrivons jamais à gagner la partie dans les collectivités où la pénurie de logements est criante. Si 10 personnes ou plus vivent dans une petite maison et où quelqu'un a la tuberculose, tout le monde y sera exposé. Nous en sommes conscients. Personne ne fait preuve de complaisance, et personne ne dit : « Regardez le merveilleux travail que nous avons fait », parce que le travail n'est jamais fini.

Le sénateur Murray : Monsieur Guptill, le Programme d'autonomie des anciens combattants n'est pas établi en fonction du revenu, n'est-ce pas?

M. Guptill : Non.

Le sénateur Murray : Vous avez dit que quelque 90 000 anciens combattants et survivants profitent de ce programme. Que doivent-ils faire pour y être admissibles?

M. Guptill : Pour être admissibles, comme pour nombre des programmes qu'offre Anciens Combattants Canada, essentiellement, il faut respecter deux choses. Pour les anciens combattants qui ont fait la guerre, le premier critère consiste à savoir si ces gens ont souffert d'une incapacité à un moment donné.

Le sénateur Murray : Pendant qu'ils étaient en service?

M. Guptill : Oui, bien que notre définition de cette période, pour un ancien combattant de 82 ans, puisse nous permettre de revenir en arrière et de dire : « Votre incapacité d'aujourd'hui est reliée à votre service lors de la Seconde Guerre mondiale. » Il faut d'abord et avant tout faire le lien avec le service. Si cette incapacité empêche un ancien combattant de mener l'une ou

veteran is eligible for the Veterans' Independence program. The second gateway is low income. If the veteran is low income, the veteran is also eligible for the VIP program.

Senator Murray: Is the overseas service a requisite?

Mr. Guptill: Not necessarily overseas service. If they served in Canada, Canada service veterans are also eligible if they have suffered a disability as a result of service.

Senator Murray: In war time?

Mr. Guptill: That is right.

Senator Murray: Somewhere in the documentation you left with us are references to the traditional definition of "veterans." You talked there about war-time service. What about people who served in the Canadian armed forces in peacekeeping missions and that sort of thing? Are they considered veterans?

Mr. Guptill: They are considered veterans as well under our umbrella definition of a veteran although, as I mentioned, our eligibility criteria are complex. Not all Canadian Forces veterans would have the same eligibility as war service veterans for some of our benefits, and VIP is one of those areas. Although Canadian Forces veterans have access to health care, they might not have access to exactly the same health care benefits as war service veterans. We are trying to deal with this issue in terms of our review of our health care program. Access is somewhat complex, and some would say overly complex, so one thing that the government has asked us to do is address this complexity issue. As I mentioned, the Gerontological Advisory Council has suggested that we simplify the eligibility significantly.

Senator Murray: Are all former members of the Canadian armed forces considered veterans under the umbrella definition?

Mr. Guptill: Yes, if they have met their basic training requirements so, yes, all members are now considered to be veterans once they leave the service.

Senator Murray: They are not all eligible for the same programs.

Mr. Guptill: That is right. We are in the process of reviewing that eligibility because a more comprehensive approach is needed. As I mentioned, the recommendation is that the approach be based on need, as opposed to this complex entitlement based largely on service.

l'autre des activités d'une vie autonome, des activités de la vie courante, alors l'ancien combattant a droit au Programme d'autonomie des anciens combattants. Le second critère, ce sont les faibles revenus. Si l'ancien combattant a de faibles revenus, il est également admissible au PAAC.

Le sénateur Murray : La personne doit-elle avoir fait la guerre outre-mer?

M. Guptill : Pas nécessairement. Si la personne a servi au Canada, elle est également admissible si elle a subi une incapacité par suite de son service.

Le sénateur Murray : En temps de guerre?

M. Guptill : C'est exact.

Le sénateur Murray : Dans la documentation que vous nous avez laissée, on fait référence à la définition traditionnelle d'« anciens combattants ». Vous parlez du service en temps de guerre. Qu'advient-il des personnes qui ont servi dans les forces armées canadiennes dans le cadre de missions de maintien de la paix, etc.? Sont-elles considérées comme des anciens combattants?

M. Guptill : Oui, dans notre définition globale d'ancien combattant, bien que, comme je l'ai dit, nos critères d'admissibilité soient complexes. Tous les anciens combattants des Forces canadiennes n'ont pas la même admissibilité que les anciens combattants qui ont fait la guerre à certaines de nos prestations, et le Programme d'autonomie des anciens combattants figure parmi celles-là. Bien que les anciens combattants des Forces canadiennes aient accès aux soins de santé, ils pourraient ne pas avoir accès exactement aux mêmes prestations de soins de santé que les anciens combattants qui ont fait la guerre. Nous essayons de régler ce problème dans le cadre de l'examen de notre programme de soins de santé. L'accès aux services est un peu complexe, certains diront trop complexe, si bien que le gouvernement nous a demandé de nous pencher, entre autres choses, sur cette question de la complexité. Comme je l'ai précisé, le Conseil consultatif de gérontologie a proposé que nous simplifions sensiblement les critères d'admissibilité.

Le sénateur Murray : Est-ce que les anciens membres des Forces armées canadiennes sont considérés comme anciens combattants dans le cadre de cette définition globale?

M. Guptill : Oui, s'ils satisfont aux exigences de base concernant la formation, tous les membres sont maintenant considérés comme des anciens combattants une fois qu'ils quittent le service.

Le sénateur Murray : Mais ils ne sont pas tous admissibles aux mêmes programmes.

M. Guptill : C'est exact. Nous sommes en train d'examiner cette question d'admissibilité parce qu'une approche plus exhaustive s'avère nécessaire. Comme je l'ai mentionné, la recommandation est que l'approche soit fondée sur les besoins et non sur ces transferts de droits complexes fondés en grande partie sur le service.

Senator Murray: Does Veterans Affairs Canada make a distinction between someone who served on the Golan Heights as a peacekeeper, for example, and people who now serve in Afghanistan, those in action being fired upon and firing?

Mr. Guptill: We do not make a distinction in that way. For example, Afghanistan and Bosnia are considered special duty areas. A special duty area — or special duty operations, as we call it in our legislation — is comparable to war service. People who have served in these types of deployments, of which there have been a rapidly increasing number since 1990, are all treated essentially the same way, as war service veterans.

Senator Murray: Is the clientele of the department of Veterans Affairs Canada shrinking as Second World War veterans die off, or is it growing?

Mr. Guptill: It has been growing, surprisingly. We have some difficulty communicating this growth, but it is growing because of two factors. One is that not all war service veterans are our clients. They do not become a client of Veterans Affairs Canada unless they have a war service disability or low income.

About 250,000 war service veterans are still in the Canadian population, but not all those veterans are currently clients of Veterans Affairs Canada. They come to us as they develop disabilities. As a result, as they become older, more and more of them are Veterans Affairs clients.

Senator Murray: Do you have a register of all these people — does the Department of National Defence or someone?

Mr. Guptill: Yes, we keep full service records on them all.

Senator Murray: Veterans Affairs Canada does?

Mr. Guptill: Yes, DND and Veterans Affairs does. If they are clients of ours, we have the records; if they are not clients yet, DND has the records.

Senator Murray: I see; but you do not have the records if they are not clients.

Mr. Guptill: Right.

Senator Murray: Mr. Hicks, the New Horizons for Seniors program has been around a long time, has not it?

There is a cap of \$25,000 per project to community groups. Are those community groups always groups of senior citizens or can a Kiwanis Club that is doing something for senior citizens apply?

Le sénateur Murray : Est-ce qu'Anciens Combattants Canada établit une distinction entre quelqu'un qui a fait son service sur les hauteurs du Golan en tant que responsable du maintien de la paix, par exemple, et les personnes qui servent maintenant en Afghanistan, c'est-à-dire ceux et celles qui participent à des opérations, qui se font tirer dessus et qui répliquent à leur tour?

M. Guptill : Nous ne faisons pas de distinction de cette façon. Par exemple, l'Afghanistan et la Bosnie sont considérés comme des zones de service spécial. Une zone de service spécial — ou des opérations de service spécial comme on les appelle dans notre loi — est comparable au service de guerre. Les gens qui ont été affectés à ce genre de déploiements, dont le nombre a augmenté rapidement depuis 1990, sont tous traités essentiellement de la même façon, c'est-à-dire comme des anciens combattants qui ont fait la guerre.

Le sénateur Murray : Est-ce que la clientèle du ministère des Anciens combattants du Canada diminue au fur et à mesure que s'éteignent les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale, ou est-ce qu'elle augmente?

M. Guptill : Étonnamment, elle augmente. Nous avons de la difficulté à expliquer cette croissance, mais elle augmente pour deux raisons. Premièrement, les anciens combattants ayant fait la guerre ne sont pas tous nos clients. Ils ne deviennent pas clients d'Anciens Combattants Canada à moins d'avoir une incapacité imputable au service de guerre ou d'avoir de faibles revenus.

Environ 250 000 anciens combattants ayant fait la guerre sont toujours au sein de la population générale, mais tous ces anciens combattants ne sont pas actuellement des clients d'Anciens Combattants Canada. Ils viennent nous voir au fur et à mesure qu'ils subissent des incapacités. Ainsi, plus ils vieillissent, plus ils sont nombreux à devenir clients d'Anciens Combattants Canada.

Le sénateur Murray : Est-ce que vous tenez un registre de toutes ces personnes — le ministère de la Défense nationale ou quelqu'un d'autre?

M. Guptill : Oui, nous gardons tous les dossiers de service de ces personnes.

Le sénateur Murray : Anciens Combattants Canada le fait?

M. Guptill : Oui, le MDN et Anciens Combattants. Si ce sont nos clients, nous avons les dossiers; s'ils ne sont pas encore clients, c'est le MDN qui a les dossiers.

Le sénateur Murray : Je comprends, mais vous n'avez pas les dossiers s'ils ne sont pas clients.

M. Guptill : C'est exact.

Le sénateur Murray : Monsieur Hicks, le programme Nouveaux Horizons pour les aînés existe depuis longtemps, n'est-ce pas?

Il existe une limite de 25 000 \$ par projet pour les groupes communautaires. Est-ce que ces groupes communautaires sont toujours des groupes de citoyens âgés ou est-ce qu'il peut s'agir d'un club Kiwanis qui fait quelque chose pour les personnes âgées?

Mr. Hicks: My understanding is they are seniors, is that correct?

John M. Connolly, Acting Director General, Partnerships Division, Community Development and Partnerships Directorate, Human Resources and Social Development Canada: In most cases, the projects are senior-led. You are right, to follow up: The program started initially in 1972 and it was phased out in 1997. It came back in 2004, and the ceiling is \$25,000 per project. One criterion is that the projects are led by seniors. At times, there may be a coalition of groups in a community.

Senator Murray: I have not seen it lately, but they used to put out a press release every month or two, indicating all the projects and all the communities across the country that were funded through this New Horizons for Seniors. What is the total budget?

Mr. Connolly: The budget has increased since it came back in 2004. It was, to be precise, for the grants portion of it —

Senator Murray: Ballpark.

Mr. Connolly: In 2004-05, it was \$5 million; in 2005-06, the grants portion was \$11.7 million; in 2006-07, it was \$15.6 million; and next year, it will be \$19.5 million. Then it will continue at the same level thereafter; that is the grants portion.

Senator Murray: Typically, how does a community organization apply? To whom do they apply?

Mr. Connolly: We put up a call on an annual basis, and priorities are set in each province or territory. The application goes up, as it did this year, for example —

Senator Murray: What priorities?

Mr. Connolly: There are review committees in each province and territory.

Senator Murray: Are they set up by the government, by your department?

Mr. Connolly: We established them, but they are made up of individuals from the communities. For example, they may be seniors, people with a government or a variety of individuals. They establish the priorities. For example, in a particular province or territory, a priority might be intergenerational or it might be Aboriginal. The committee would say they are looking for projects of a specific nature. That does not exclude other projects, but the committee establishes priorities.

The call goes up. It is a two-month call, as it was this year, from mid-May to mid-July. Then people apply; either they can download the application from the Internet or they can get it from Service Canada's offices. They fill in the application forms and submit them. Then, an assessment process takes place.

M. Hicks : À ce que je sache, ce sont des personnes âgées, n'est-ce pas?

John M. Connolly, directeur général par intérim, Division des partenariats, Direction du développement communautaire et des partenariats, Ressources humaines et Développement social Canada : Dans la plupart des cas, les projets sont dirigés par des personnes âgées. Vous avez raison, pour répondre à votre question : le programme a été créé en 1972, puis a été éliminé graduellement en 1997. Il est revenu en 2004, avec la limite de 25 000 \$ par projet. L'un des critères est que les projets doivent être dirigés par des personnes âgées. Il arrive parfois qu'il puisse y avoir une coalition de groupes dans une collectivité.

Le sénateur Murray : Je ne l'ai pas vu dernièrement, mais avant on publiait un communiqué de presse tous les mois ou deux, indiquant tous les projets et toutes les collectivités du pays qui étaient financés par le programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Quel est le budget total?

M. Connolly : Le budget a augmenté depuis que le programme a été repris en 2004. Pour être bien précis, pour la partie subventions...

Le sénateur Murray : Un chiffre approximatif.

M. Connolly : En 2004-2005, c'était 5 millions de dollars; en 2005-2006, la partie subventions était de 11,7 millions de dollars et en 2006-2007, 15,6 millions; et l'an prochain, ce sera 19,5 millions de dollars. Ensuite, le programme continuera avec le même niveau de subventions.

Le sénateur Murray : De façon générale, comment un organisme communautaire présente-t-il sa demande? Et à qui?

M. Connolly : Nous lançons un appel chaque année; les priorités sont établies dans chaque province ou territoire. La demande suit son cours, comme cela a été le cas cette année, par exemple...

Le sénateur Murray : Quelles priorités?

M. Connolly : Chaque province et territoire possède un comité d'examen.

Le sénateur Murray : Créé par votre gouvernement, par votre ministère?

M. Connolly : C'est nous qui les créons, mais ils sont constitués de personnes de la collectivité. Par exemple, ce peut être des personnes âgées, des représentants d'un gouvernement ou d'autres personnes. Ce sont eux qui établissent les priorités. Par exemple, dans une province ou un territoire en particulier, une priorité peut être intergénérationnelle ou intéresser les Autochtones. Le comité précisera quels projets précis il veut réaliser. Cela n'exclut pas d'autres projets, mais le comité établit les priorités.

La période d'appel suit son cours, pendant deux mois, comme cela a été le cas cette année, de la mi-mai à la mi-juillet. Ensuite, les personnes présentent leur demande, elles peuvent soit télécharger le formulaire d'Internet, soit se le procurer aux bureaux de Service Canada. Elles le remplissent et le soumettent. Ensuite, le processus d'évaluation s'enclenche.

Senator Murray: An assessment process takes place where the regional or provincial committee reviews the application, and then what? Does the committee make a recommendation to someone in Ottawa?

Mr. Connolly: Yes, the application comes in and the committee reviews it to see if it meets the basic eligibility criteria. For example, the project could be over \$25,000, or they could be looking for too much capital costs. If the project meets the basic criteria, then the review committees review those projects and make recommendations.

Senator Murray: I do not know how to ask this, but do you simply rubber stamp the recommendations that are made by the regional committees?

Mr. Connolly: The review committees make the recommendations and then, based on the recommendations, an approval takes place here in Ottawa, yes. However, there is not a rubber stamp per se.

Senator Murray: Between 1997 and 2004, was the program greatly missed? Why did they reinstate it? Why did they cancel it and then reinstate it, or do you know?

Mr. Connolly: I would have to base the answer on recollection in 1997. I think it may have had something to do with program review at the time. In 2004, the principal interest was a growing attention on seniors. The New Horizons for Seniors program focuses on contribution and participation, using seniors' skills and knowledge. There was particular interest in it. That is why when I read out the budget figures from 2005, the budget increased the amount available because of the interest in the program.

Senator Murray: I remember the criteria that were put forward at the time of program review, one of which was, is this program a worthwhile government program? Then, is this program one that the federal government should carry out, as distinct from provincial government? I presume, in 1997, it probably failed on the latter count — the program was not something that the federal government ought to be in but rather one for provincial governments.

I have always been sceptical about the program, because I really wondered why the federal government would do this and what gap it was filling in the activities of provincial governments and various voluntary organizations. That question is probably a policy or political one that you would rather not get into. Please do, if you would like to.

The Chairman: I think we should let him off the hook, Senator Murray. Before I turn to Senator Chaput, we have not heard from two witnesses and I would like to hear from them.

Le sénateur Murray : Le processus d'évaluation s'enclenche lorsque le comité régional ou provincial examine la demande, et ensuite qu'est-ce qui se passe? Est-ce que le comité formule une recommandation à quelqu'un à Ottawa?

M. Connolly : Oui, la demande est présentée et le comité l'examine pour voir si elle respecte les critères d'admissibilité de base. Par exemple, le projet pourrait dépasser 25 000 \$, ou pourrait exiger trop de frais d'immobilisations. Si les projets respectent les critères de base, à ce moment-là, les comités d'examen les examinent et font leurs recommandations.

Le sénateur Murray : Je ne sais pas comment formuler ma question, mais est-ce que vous faites simplement approuver les recommandations qui sont présentées par les comités régionaux?

M. Connolly : Les comités d'examen formulent des recommandations et ensuite, sur la foi de ces recommandations, les projets sont approuvés ici à Ottawa, oui. Cependant, ce n'est pas une simple approbation d'office comme telle.

Le sénateur Murray : Entre 1997 et 2004, est-ce que le programme a vraiment fait sentir son absence? Pourquoi a-t-il été remis en place? Pourquoi l'ont-ils annulé pour le ramener, le savez-vous?

M. Connolly : Je vais devoir appuyer ma réponse sur mes souvenirs de 1997. Je pense que cela avait peut-être à voir avec l'examen des programmes à l'époque. En 2004, la raison principale pour laquelle on s'y intéressait, c'est qu'on accordait de plus en plus d'attention aux personnes âgées. Le programme Horizons Nouveaux pour les aînés est centré sur la contribution et la participation, sur l'utilisation des compétences et des connaissances des personnes âgées. Il y avait un intérêt particulier pour cette question. C'est pourquoi lorsque je vous ai donné les chiffres du budget de 2005, la somme disponible a augmenté en raison de l'intérêt porté au programme.

Le sénateur Murray : Je me souviens des critères qui ont été appliqués à l'époque de l'examen des programmes, notamment si le programme est un programme gouvernemental utile? Ensuite, est-ce un programme que devrait offrir le gouvernement fédéral, et qui devrait être distinct d'un programme du gouvernement provincial? Je présume qu'en 1997, le programme a probablement échoué l'examen pour la deuxième raison — ce programme ne devait pas être un programme du gouvernement fédéral mais plutôt un programme de gouvernements provinciaux.

J'ai toujours été sceptique au sujet du programme, parce que je me suis vraiment demandé pourquoi le gouvernement fédéral menait un tel programme et quelles lacunes il venait combler dans les activités des gouvernements provinciaux et des diverses organisations bénévoles. Cette question est probablement une question de politique ou de stratégie, à laquelle vous préférez ne pas répondre. Mais n'hésitez pas, si vous le voulez.

La présidente : Je pense qu'on devrait le laisser tranquille, sénateur Murray. Avant de céder la parole au sénateur Chaput, il y a deux témoins que nous n'avons pas entendus, et j'aimerais bien les entendre.

First, with respect to CMHC, are any initiatives going forward with respect to building standards that might address the issue of an aging society — for example, broader doors and door openings in new stock housing to address the needs of walkers, wheelchairs and that type of thing?

Mr. Stewart: Certainly, senator: The National Building Code has accessibility standards, so to the extent that the National Building Code is adopted by provincial agencies as their building code, or is adapted to meet their needs, a certain level of accessibility will apply. Also, CMHC has developed a concept over the years that we call Flex Housing. The idea is that the design and construction of the house will allow that house to grow with its occupants. As the family grows, the number of rooms in the house can expand with the family; as the kids leave, those rooms can contract. Also, if they are careful about how they design hallways and doorways and the positioning of bathrooms, as the family ages they can accommodate varying degrees of disability.

We have publicized this concept and we are currently in the process of trying to make it more broadly known to the building industry. Our estimates suggest that the costs of allowing this degree of flexibility at the outset are far lower than modifying a house that did not incorporate those design features at the outset.

The Chairman: Mr. Danagher, you made an interesting statement and I would like you to elaborate.

In your testimony you used the phrase, I think, the public service is getting older — and we cannot necessarily correlate aging with retirement. Can you elaborate on what you were talking about there?

Mr. Danagher: The point we are making is that there is a difference between an aging workforce and retirement. Our workforce is aging. We all are: it is better than the alternative. Many of us have had 10, 15 or 20 years of experience. We lose people at a rate of approximately 6 per cent a year, and I would say the bulk of those losses, 80-some per cent, is through retirement. We are losing people at a low rate so it should not be surprising to many that if we have 85 per cent or 90 per cent of the people we had last year, they are a year older today. The population of the public service is aging and they tend to stay. They also tend not to retire at earliest eligibility. Our statistics illustrate that they tend to retire a few years after first eligibility. We are dealing with a population that is aging and its retirement is not increasing at an outlandish rate. We hear terms such as “a tsunami of retirements” and we are not seeing that.

It is a subtle distinction, perhaps, but it is an important one. We are dealing with a population that is aging and not necessarily leaving.

Premièrement, en ce qui concerne la SCHL, est-ce qu'il existe des initiatives concernant les normes du bâtiment qui pourraient régler les problèmes d'une société vieillissante — par exemple, des portes plus larges, des mécanismes d'ouverture des portes dans les nouveaux logements pour répondre aux besoins des gens qui ont des marchettes, des fauteuils roulants, ce genre de choses?

M. Stewart : Certainement, sénateur. Le Code national du bâtiment renferme des normes sur l'accessibilité si bien que dans la mesure où le Code national du bâtiment est adopté par les organismes provinciaux, ou qu'il est adapté à leurs besoins, on retrouvera un certain niveau d'accessibilité à ces immeubles. En outre, la SCHL a élaboré un concept au fil des ans que nous appelons Bâti-Flex. L'idée est que la conception et la construction de la maison permettront à celle-ci de prendre de l'expansion au fur et à mesure que ses occupants augmenteront. Au moment où grandit la famille, le nombre de pièces de la maison peut augmenter; quand les enfants partent, ces pièces peuvent être rapetissées. En outre, si on fait attention à la façon dont on conçoit les corridors et les portes, ainsi qu'à l'emplacement des salles de bain, au fur et à mesure que la famille vieillit, la maison peut répondre aux diverses incapacités.

Nous avons publicisé ce concept et nous essayons actuellement de mieux le faire connaître dans l'industrie du bâtiment. D'après nos estimations, le coût de cette souplesse au départ est beaucoup moins élevé que le coût exigé pour modifier une maison qui n'incorpore pas ces caractéristiques de conception dès la construction.

La présidente : Monsieur Danagher, vous avez fait une déclaration intéressante et j'aimerais que vous donniez des détails.

Dans votre témoignage, vous avez dit, je crois, que la fonction publique vieillit — et que nous ne pouvons pas nécessairement faire une corrélation entre l'âge et la retraite. Pourriez-vous préciser votre pensée?

M. Danagher : Ce que nous voulons dire, c'est qu'il existe une différence entre le vieillissement de la main-d'œuvre et la retraite. Notre main-d'œuvre est vieillissante. Nous vieillissons tous : c'est mieux ainsi. Beaucoup d'entre nous comptent 10, 15 ou 20 années d'expérience. Les gens quittent la fonction publique à un rythme d'environ 6 p. 100 par année, et je dirais que sur l'ensemble de ces pertes, 80 p. 100 se font par le biais des départs à la retraite. Nous perdons des gens à un rythme faible si bien qu'il ne devrait pas être étonnant pour bien des gens que si nous avons 85 p. 100 ou 90 p. 100 des gens que nous avions l'an dernier, ils sont aujourd'hui âgés d'un an de plus. La population de la fonction publique est vieillissante et les gens ont tendance à rester. En général, ils ne prennent pas leur retraite dès qu'ils y sont admissibles. D'après nos statistiques, les gens ont tendance à prendre leur retraite quelques années après y être admissibles. Nous traitons avec une population qui est vieillissante et ses départs à la retraite n'augmentent pas à un rythme fou. Nous entendons des termes comme le « tsunami des retraites », et ce n'est pas ce à quoi nous assistons.

Il s'agit là d'une distinction subtile, peut-être, mais importante. Nous avons une population qui est vieillissante mais qui ne quitte pas nécessairement la fonction publique.

[Translation]

Senator Chaput: My question concerns access to information. You currently provide information by letter, by e-mail or perhaps through what is called Service Canada, which also uses hardcopy and electronic documents. The National Advisory Council on Aging noted in its 2006 report that over 100,000 seniors eligible for Guaranteed Income Supplement had not received the information. This is for the year 2003. I must therefore conclude that the information sometimes does not reach its target.

When you prepare written information, do you ensure that the text is in a simple style that can be easily understood by everyone? Because we all know that seniors often have trouble understanding what they read or they may not understand either English or French if neither of these is their first language. We also know that many seniors do not use the computer. Have you therefore thought of other means to reach these people and, if so, what are they?

[English]

Mr. Hicks: A representative from Service Canada is now joining me and perhaps can give a first stab at the answer to that question.

John Rath-Wilson, Director General, Operations and Processing, Service Canada: The question you raise is a good one. We have taken steps in the last year or two to increase the number of communications with seniors regarding a Guaranteed Income Supplement. We now notify them three times — seniors we can identify — beginning in March with the return of their T-4 slip, that they must apply for the benefit. There are subsequent communications in April and June. Finally, in July, if we cannot identify whether they have applied, we notify them they will be cut off at that point. We have taken steps to increase the number of times we try to communicate with seniors. In terms of the communication themselves, I believe that the letters are written in an easy-to-understand and clear manner.

Senator Chaput: Have you ever thought of, or are you, using the radio or the television? It seems that most seniors, whether alone or not, listen to the radio or television. Are you using those also?

Mr. Rath-Wilson: That question is a good one. I cannot tell you the answer, but I would be happy to get back to you with it.

The Chairman: I recently had a sixty-fourth birthday and, as a result, I received some communication with respect to pensions. I knew that I could not collect old age pension because I am obviously clearly employed and earning well above the cut-off point, but I could not tell from the application or the information whether I needed to apply for it or not. I think I am a relatively intelligent person, but I could not figure that out. I also wanted to

[Français]

Le sénateur Chaput : Ma question a trait à l'accès à l'information. Présentement, vous transmettez vos informations par voie écrite, électronique ou encore, peut-être, par l'entremise de ce qu'on appelle Service Canada, qui utilise aussi l'écrit et l'électronique. Le Conseil consultatif national sur le vieillissement a noté, dans son rapport de 2006, que plus de 100 000 personnes âgées admissibles au Supplément de revenu garanti n'avait pas reçu l'information. Je parle de l'année 2003 ici. J'en déduis donc que, parfois, l'information n'atteint pas sa cible.

Lorsque vous préparez de l'information écrite, vous assurez-vous que le texte soit composé dans un style simple, qui peut être facilement compris par tout le monde? Parce que nous savons que les personnes âgées, souvent, ont de la difficulté à comprendre ce qu'elles lisent ou encore elles ne comprennent ni le français ni l'anglais, leur langue maternelle étant différente. Nous savons également que beaucoup de personnes âgées n'utilisent pas l'informatique. Donc, avez-vous pensé à d'autres moyens pour rejoindre ces personnes et, si c'est le cas, quels sont ces moyens?

[Traduction]

M. Hicks : Un représentant de Service Canada est en train de se joindre à moi, peut-être pourra-t-il essayer de répondre à cette question.

John Rath-Wilson, directeur général, Opérations et traitements, Service Canada : Votre question est intéressante. Nous avons pris des mesures l'an dernier ou l'année d'avant pour accroître le nombre de communications avec les personnes âgées concernant le supplément de revenu garanti. Nous les avisons maintenant trois fois — celles que nous arrivons à retracer —, d'abord au mois de mars avec l'envoi du feuillet T-4, pour leur dire qu'elles doivent demander la prestation. Il y a ensuite des communications subséquentes en avril et en juin. Enfin, en juillet, si on ne peut déterminer si les personnes ont présenté leur demande, nous les avisons qu'elles ne seront plus admissibles à partir de ce moment-là. Nous avons pris des mesures pour accroître le nombre de nos communications avec les personnes âgées. En ce qui concerne les communications elles-mêmes, je crois que les lettres sont écrites dans un langage clair et facile à comprendre.

Le sénateur Chaput : Avez-vous déjà songé à utiliser la radio ou la télévision, ou le faites-vous déjà? Il semble que la plupart des personnes âgées, qu'elles soient seules ou pas, écoutent la radio ou regardent la télévision. Est-ce que vous utilisez également ces deux moyens?

M. Rath-Wilson : Votre question est intéressante. Je ne peux y répondre, mais je me ferai un plaisir de vérifier et de vous revenir là-dessus.

La présidente : J'ai célébré récemment mon 64^e anniversaire et j'ai donc reçu des lettres concernant les pensions. Je savais que je ne pouvais toucher de pension de vieillesse parce que, de toute évidence, je suis employée et que je gagne bien au-delà du seuil de faible revenu, mais je n'arrivais pas à comprendre si je devais présenter une demande ou non. Je pense être une personne relativement intelligente, mais je n'arrivais pas à comprendre. Je

inform the government that I did not want to collect CPP until I was 70. Again, I could not figure out from the forms whether I was supposed to apply for it or not apply for it.

I applied for it and a lovely woman responded to me — I suspect partly because I am a senator — and said, you cannot apply for this pension until you are 69. I said, but that was the whole point. I knew I did not want to apply for it until I was 69, so that I could collect it on my seventieth birthday because I cannot delay beyond that, but I could not tell from the application. If I cannot understand them, I suspect I am not alone.

Mr. Rath-Wilson: We are always striving to improve the clarity of our communications. It is under constant review and we will be glad to take that comment back for further review.

Marla Israel, Director, International Policy and Agreements, Seniors and Pensions Policy Secretariat, Human Resources and Social Development Canada: To clarify, seniors are able to apply — I did not want to leave with anything but the right information — for Canada Pension Plan as early as age 60 if they so choose. Mostly people apply for it at 65, and some delay until age 70, so I would love to know more information, in terms of what you received though, because that is important to us. We want to ensure that seniors are aware of all the benefits to which they may be entitled. Some people go to great lengths, as you said, senator, to inform people as best they can. Certainly, outreach efforts, which Mr. Hicks spoke to, will continue. An entire group of people are devoted to reaching out to vulnerable communities such as Aboriginal peoples, people with low income and immigrant communities. Much information is transmitted through community organizations, and it is important that we work closely with them.

Bill C-36 has received first reading. The bill proposes to facilitate the application process for the Guaranteed Income Supplement even further. By proposing that, people apply only once, and the application remains effective for the rest of their lives. People no longer need to deal with the frustration of some seniors who qualify one year but because of income, might drop off qualification and need to reapply should they become eligible again. Bill C-36 proposes that if they become eligible again, they do not need to reapply. That change would greatly facilitate the entire application process for the Guaranteed Income Supplement.

Senator Cordy: If you do not hear from a senior after three contact efforts, in respect of receiving the Guaranteed Income Supplement, and the last letter states that they will not receive the

voulais également informer le gouvernement que je ne souhaitais pas percevoir les rentes du RPC avant l'âge de 70 ans. Là encore, je n'arrivais pas à comprendre, d'après les formulaires, si j'étais censée demander ou non le RPC.

Je l'ai demandé et une gentille dame m'a répondu — je suppose que, en partie, c'est parce que je suis sénatrice — et m'a dit que je ne pouvais pas demander cette pension avant l'âge de 69 ans. J'ai dit que c'était précisément la question. Je savais que je ne voulais pas demander la pension avant d'avoir 69 ans, de sorte que je puisse la percevoir à mon 70^e anniversaire, parce que je ne peux pas le faire après, et je n'arrivais pas à comprendre d'après le formulaire. Si je n'arrive pas à comprendre ces gens-là, j'ai l'impression que je ne suis pas la seule.

M. Rath-Wilson : Nous cherchons toujours à améliorer la clarté de nos communications. Elles font l'objet d'un examen constant et nous serons heureux de prendre ce commentaire en considération lors de tout examen futur.

Marla Israel, directrice, Politique et accords internationaux, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions, Ressources humaines et Développement social Canada : Pour être bien claire, les personnes âgées peuvent demander — je ne voulais pas quitter cette salle sans faire autre chose que vous donner la bonne information — le Régime de pensions du Canada dès qu'elles ont 60 ans, si elles le veulent. La plupart des personnes le demandent à 65 ans, et certaines retardent jusqu'à l'âge de 70 ans, si bien que j'aimerais en savoir davantage sur l'information que vous avez reçue parce que c'est important pour nous. Nous voulons être certains que les personnes âgées sont informées de toutes les prestations auxquelles elles ont droit. Certaines personnes font de nombreux efforts, comme vous l'avez dit, madame la présidente, pour informer les gens du mieux qu'elles le peuvent. Certes, les efforts d'information, dont M. Hicks a parlé, vont se poursuivre. Tout un groupe de personnes a pour charge d'informer les communautés vulnérables comme les Autochtones, les gens à faible revenu et les immigrants. Une grande partie de l'information est transmise par le biais d'organisations communautaires et il est important que nous travaillions en étroite collaboration avec elles.

Le projet de loi C-36 a été adopté en troisième lecture. Son objectif est de faciliter encore davantage le processus de demande du supplément de revenu garanti. Ce faisant, les gens ne présenteront une demande qu'une seule fois, et celle-ci demeurera en vigueur pour le reste de leur vie. Les gens n'auront plus à faire face à la frustration de certaines personnes âgées qui sont admissibles une année, mais qui, à cause de leur revenu, peuvent ne plus l'être l'année suivante et doivent présenter une nouvelle demande si elles deviennent admissibles à nouveau. Le projet de loi C-36 précise que si ces personnes sont de nouveau admissibles, elles n'ont pas besoin de présenter une nouvelle demande. Ce changement faciliterait grandement tout le processus de présentation des demandes pour le Supplément de revenu garanti.

Le sénateur Cordy : Si vous n'entendez pas parler d'une personne âgée après les trois contacts que vous faites, en ce qui a trait au Supplément de revenu garanti, et que la dernière lettre lui

GIS, have you thought that perhaps writing the letter is not an effective way to communicate to them and you should try another way?

Ms. Israel: I would need to learn more about not hearing from that group of seniors. There are times when seniors know that they are not entitled to the Guaranteed Income Supplement and, therefore, do not respond. I would need to find out more in terms of how we are reaching out to them and what kind of response we might receive. Sometimes we need to analyze why a senior might not respond because it could be for a variety of reasons.

Senator Cordy: I think of things such as language or lack of literacy skills as possible reasons but perhaps that is the teacher in me speaking. I said earlier that writing letters might not always be the most effective way to reach people and to communicate with them.

Ms. Israel: The key is to reach out continuously because these benefits are for life. I am taking note of what you are saying in terms of how seniors access their information. It is often through word of mouth and at times through radio and television, as you noted. It is important that we look at those population centres that have difficulties. That is why I was talking about outreach to the immigrant communities of our country. We need to work closely with the Italian, Greek and Southeast Asian communities, to name but a few, which are well established. We also want to reach out to those that are not as well established, and we are taking note of that need as well.

The Chairman: I have a number of questions for officials from Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada.

Two years ago, I made a number of trips to Aboriginal communities in Northern Manitoba. I was particularly interested in the health facilities, nursing stations, hospitals et cetera, located there. I was shocked at the conditions. I went into a basement in Oxford House where all the drugs were stored, and I saw mould all over the walls and the ceiling. It was depressing. The drugs were in sealed boxes and I suspect the mould could not reach the drugs but it was discouraging.

I saw deeply rusted autoclaves. I discussed with people fights over warming blankets, whereby one community received one from Health Canada only to be told two months later that they must return it because they were not eligible. I discussed another situation of a group of lab techs who came to me to say that they spent \$50,000 per year to send members of their community to Winnipeg for a specific kind of test for diabetes. They said the test could be done in the community because they had the training and expertise but they lacked a \$5,000 machine.

indique qu'elle ne recevra pas le SRG, avez-vous pensé que le courrier n'est peut-être pas un moyen efficace de communiquer avec elle et que vous devriez trouver une autre façon?

Mme Israel : J'aimerais savoir un peu plus ce que vous entendez par ne pas entendre parler de ce groupe de personnes âgées. Parfois, lorsque les personnes âgées savent qu'elles ne sont pas admissibles au Supplément de revenu garanti, elles ne répondent pas. J'aurais besoin de plus d'information sur la façon dont nous joignons ces personnes et sur le genre de réponse que nous pourrions recevoir. Parfois, nous devons analyser pourquoi une personne âgée ne répondrait pas, car cela pourrait être pour diverses raisons.

Le sénateur Cordy : Je pense à des choses comme la langue ou des questions de capacités de lecture comme raisons possibles, mais c'est peut-être l'enseignante en moi qui parle. J'ai dit tout à l'heure que le courrier n'est peut-être pas le moyen le plus efficace de joindre les gens et de communiquer avec eux.

Mme Israel : L'essentiel, c'est de les joindre de façon répétitive parce que ces prestations sont versées pour la vie. J'ai pris note de ce que vous dites en ce qui concerne la façon dont les personnes âgées accèdent à leur information. C'est souvent de bouche à oreille et parfois à la radio et à la télévision, comme vous l'avez dit. Il est important de s'intéresser à ces segments de la population qui ont de la difficulté. C'est pourquoi j'ai parlé de joindre la communauté des immigrants de notre pays. Nous devons travailler en étroite collaboration avec les communautés italiennes, grecques et d'Asie du Sud-Est, pour n'en nommer que quelques-unes, qui sont bien établies. Nous devons également joindre ceux et celles qui le sont moins bien, et nous prenons note de ce besoin également.

La présidente : J'aimerais poser quelques questions aux représentants de Santé Canada et d'Affaires indiennes et du Nord Canada.

Il y a deux ans, j'ai fait divers voyages dans les communautés autochtones du Nord du Manitoba. Je me suis intéressée particulièrement aux installations de santé, aux postes de soins infirmiers, aux hôpitaux, et cetera, là-bas. J'ai été étonnée par les conditions. Je suis allée dans un sous-sol d'Oxford House où tous les médicaments sont stockés, et j'ai vu qu'il y avait de la moisissure sur tous les murs et les plafonds. C'était déprimant. Les médicaments étaient dans des boîtes scellées et je suppose que la moisissure ne pouvait y entrer, mais c'était décourageant.

J'ai vu des autoclaves tout rouillés. J'ai discuté avec des gens qui peinent à trouver des couvertures chaudes; par exemple, une communauté a reçu une de ces couvertures de Santé Canada pour se faire dire deux mois plus tard qu'elle devait les retourner parce qu'elle n'y était pas admissible. J'ai discuté d'une autre situation avec un groupe de techniciens en laboratoire qui sont venus me rencontrer pour me dire qu'ils avaient dépensé 50 000 \$ par année pour envoyer les membres de leur communauté à Winnipeg pour y subir un test précis de dépistage du diabète. Ils m'ont dit que le test aurait pu être fait dans la collectivité parce qu'ils avaient la formation et l'expertise nécessaires, mais qu'il leur manquait une machine de 5 000 \$.

That situation does not make much sense to me. What kind of resolution is happening in your two branches with respect to dealing with such issues of basic lack of supplies and equipment? These supplies and equipment could enable Aboriginal peoples to have the same quality of health care in their communities as those of us not in those communities absolutely take for granted?

Ms. MacLean: I will speak to the issue of access to supplies and equipment in communities. As I pointed out, the Non-Insured Health Benefits Program funds transportation for services that are not available on-reserve or in a community of residents. Your point is a key one. The more we can bring health professionals to the community or to the reserve, or make the necessary supplies and equipment available, the more people can access service for the same amount of money, and better access to care is there for all.

I would be happy to follow up with you off line and get the name of the community. Our regional offices work closely with communities on exactly the idea of bringing travelling nutritionists, dental professionals or others into the community. It is an important way to make more health available to more people for the same amount of money. In respect of the issue around the storage of drugs, I might pass that to Ms. Woods. First, I would say that we have been working on the issue of transportation cost in a partner support with the Assembly of First Nations to try to have best ideas from communities as well so that we can address some of those critical needs and gain better access to care where people live.

Ms. Woods: The First Nations and Inuit Health Branch recognized about two years ago the difficulties in terms of storage, in particular, of controlled substances but of anything that falls under pharmaceuticals, such as prescriptions. In small nursing stations of larger health centres, we have introduced pharmacy standards on-reserve. Relatively speaking, this is a small part of the business because the big part of the prescription drug business is through the Non-Insured Health Benefits Program, which does not follow the same trail. Nonetheless, communities have important supplies of controlled substances in prescription drugs. We are now seeing a gradual reaching of the goals of the pharmacy standards. The goals include such things as ensuring that pharmaceuticals are kept under lock and key with the appropriate controls, in an appropriate clean, safe environment.

We recognize that in a number of communities this goal has not yet been reached. The question is, how fast we can move on this change. The pharmacy standards are in place and now it is a matter of adopting them across the First Nations and Inuit Health Branch in all First Nation communities. I underscore what my colleague said about bringing the health professionals into the

Cette situation n'a pas grand sens pour moi. Dans quelle mesure vos deux directions générales sont-elles déterminées à trouver des solutions à des problèmes comme le manque flagrant de fournitures et d'équipement? Ces fournitures et cet équipement pourraient permettre aux Autochtones d'avoir la même qualité de soins de santé dans leurs collectivités, soins que nous qui n'habitons pas ces collectivités tenons absolument pour acquis.

Mme MacLean : Je vais parler de la question de l'accès aux fournitures et à l'équipement dans les collectivités. Comme je l'ai fait remarquer, le Programme des services de santé non assurés finance le transport pour accéder aux services qui ne sont pas disponibles en réserve ou dans une collectivité. Ce que vous dites est essentiel. Plus il y aura de professionnels de la santé dans la collectivité ou dans la réserve, ou qu'on fournira les fournitures et l'équipement nécessaires, plus de gens pourront avoir accès aux services pour les mêmes sommes et avoir un meilleur accès aux soins aussi.

Je me ferai un plaisir de vous voir après la réunion, pour obtenir le nom de la collectivité. Nos bureaux régionaux travaillent en étroite collaboration avec les communautés pour savoir exactement quels nutritionnistes, professionnels des soins dentaires ou autres professionnels itinérants devraient venir dans la communauté. C'est une façon importante de rendre plus de services de santé à plus de gens pour la même quantité d'argent. En ce qui concerne le problème du stockage des médicaments, je vais céder la parole à Mme Woods. Premièrement, je dirais que nous travaillons à régler le problème du coût du transport en partenariat avec l'Assemblée des Premières Nations pour essayer d'obtenir les meilleures idées des communautés de sorte que nous puissions répondre à certains de ces besoins essentiels et assurer un meilleur accès aux soins là où vivent les gens.

Mme Woods : La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a reconnu il y a environ deux ans les difficultés que pose le stockage, plus particulièrement des substances contrôlées, mais aussi de tout ce qui est produits pharmaceutiques, comme les médicaments d'ordonnance. Dans de petits postes de soins infirmiers situés dans les grands centres de santé, nous avons mis en place des normes sur les produits pharmaceutiques en réserve. Relativement parlant, cela n'est qu'un petit volet des activités parce que le volet le plus important qui concerne les médicaments d'ordonnance, c'est le Programme des services de santé non assurés qui s'en occupe et qui n'a pas le même processus. Néanmoins, les communautés disposent d'importants stocks de substances contrôlées sous forme de médicaments d'ordonnance. Nous constatons graduellement que les normes pharmaceutiques atteignent leurs objectifs, comme s'assurer que les produits pharmaceutiques sont gardés sous clé et assujettis à des contrôles appropriés, dans un milieu propre et sûr.

Nous sommes conscients que dans plusieurs collectivités, cet objectif n'a pas encore été atteint. La question est de savoir dans quelle mesure nous pouvons accélérer les choses pour implanter ce changement. Les normes pharmaceutiques sont en place et maintenant, il appartient à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de les faire appliquer dans toutes

communities. Obviously, that approach is much more cost-effective but it requires an appropriate set-up for the health professionals to work in. We try to keep that in mind.

The Chairman: Progress is positive for our Aboriginal people. Mr. Hicks, I was in Madrid to represent the government as the lead minister for the Madrid International Plan of Action on Ageing. Can you tell me where we stand on addressing the 2002 plan?

Mr. Hicks: I will take notice on that. Perhaps Ms. Israel can respond.

Ms. Israel: I can speak to it from the broad strokes. I know that the Madrid International Plan of Action on Ageing will be updated. Countries have been asked to review their progress voluntarily. Currently, we are assembling different departments and it is helpful to have you on this committee to know where we stand in terms of the progress made. We are making a decision to go forward, to report on progress and to listen to other countries to learn of measures taken abroad so that we are better informed. I believe that in February or March we will report to the United Nations.

The Chairman: My other question is about the Compassionate Care Benefits Program, which is a particular baby of mine.

I was delighted to see the broader definition of more members of the family, and even close friends, being able to access the compassionate care program.

We clearly identified two other areas as being inadequate, and we know there is not much uptake on the program. Part of the reason is the deficiencies. It is a short program. It is only six weeks of benefit. Has there been any discussion with respect to a broader length of time for that benefit?

The other issue is more difficult. A lot of families, particularly children, but even adults, do not want to accept that a loved one is going to die within the next six months. That difficulty is a stumbling block for some of them to access the benefit. Is any work being done in that area as well?

Mr. Hicks: Senator, I think you are right. To translate what you are saying, there are certain things you can do under an Employment Insurance program, and there are certain things that are difficult to do under an EI program. I suggest you are absolutely correct. To move in those areas I somehow doubt that the EI program would be the one to be used for that purpose.

The general answer to your question with respect to the EI program is, we did a fair degree of study and research when the last set of amendments came through. Basically you see the results of that.

les collectivités des Premières nations. Je répète ce que mon collègue a dit au sujet des professionnels de la santé qui se rendent dans les collectivités. De toute évidence, cette approche est beaucoup plus rentable mais elle nécessite des dispositions appropriées permettant aux professionnels de la santé de travailler. Nous essayons de garder cela à l'esprit.

La présidente : Les progrès réalisés pour nos peuples autochtones sont positifs. Monsieur Hicks, je suis allée à Madrid représenter le gouvernement en tant que ministre responsable pour le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement. Pouvez-vous nous dire où nous en sommes en ce qui concerne ce plan de 2002?

M. Hicks : Je vais en prendre note. Peut-être Mme Israel pourrait-elle répondre.

Mme Israel : Je ne peux vous en donner que les grandes lignes. Je sais que le Plan d'action international sur le vieillissement sera mis à jour. Les pays ont demandé de revoir leurs progrès sur une base volontaire. Actuellement, nous réunissons différents ministères et il est utile que vous siégiez à ce comité pour savoir où nous en sommes en ce qui concerne les progrès accomplis. Nous avons décidé d'aller de l'avant, de faire rapport sur les progrès et d'écouter ce que les autres pays ont à dire pour être au courant des mesures prises à l'étranger de sorte que nous soyons mieux informés. Je crois qu'en février ou en mars, nous ferons rapport aux Nations Unies.

La présidente : Ma question suivante concerne le Programme de prestations de soignant, qui est mon bébé.

J'ai été heureuse de voir la définition élargie pour inclure d'autres membres de la famille, et même des amis proches, qui pourront avoir accès à ce programme.

Nous avons délimité clairement deux autres questions comme étant inadéquates, et nous savons que le programme n'est pas tellement utilisé. Cela s'explique en partie par ses lacunes. C'est un programme de courte durée, six semaines. Y a-t-il eu des discussions concernant la possibilité de prolonger la durée de ce programme de prestations?

L'autre problème est plus difficile à régler. Beaucoup de familles, particulièrement les enfants, mais même les adultes, ne veulent pas accepter qu'un être cher va mourir dans les six prochains mois. Cette difficulté empêche certains d'entre eux d'accéder à la prestation. Est-ce qu'on s'est penché sur cette question également?

M. Hicks : Madame la présidente, je crois que vous avez raison. Pour traduire ce que vous dites, nous pouvons apporter certains aménagements dans le cadre du programme d'assurance-emploi, alors que d'autres sont difficiles à réaliser en vertu du même programme. Je dis que vous avez tout à fait raison. Je doute que le programme d'assurance-emploi soit le programme à utiliser pour avancer dans ces domaines.

La réponse générale à votre question concernant le programme d'assurance-emploi est que nous avons fait quand même pas mal d'études et de recherches lorsque la dernière série de modifications a été déposée. Essentiellement, ce sont les résultats qu'on voit.

You are now moving to a broader question about caregiving and compassionate care, and the broader set of issues of care for frail, elderly people near the end of life.

The answer to your question is: Yes, we have started research and study in the whole area of caregiving. It is not at the stage of policy yet, but inside the department we are actively pursuing not only the issues you have raised, but a whole series of issues around respite care.

We welcome the committee's wisdom on this subject. For many of those issues, we need to take a different approach, rather than the EI vehicle itself. Our sense is we may have gone as far on the Employment Insurance vehicle as we can. When you look at these broader issues, it might make sense to look at a broader set of instruments.

We are looking at that now. I think it would be appropriate for your committee to provide its wisdom on that subject.

The Chairman: Mr. Guptill, I know one of the services offered by Veterans Affairs Canada is palliative care. There was an interesting experiment in the Province of Prince Edward Island, which I understand did not get beyond the pilot program.

Can you give me any example of additional programs to ensure that your veterans will remain in their homes as long as they possibly can with respect to palliative care?

Mr. Guptill: Yes: As part of this health-care review, we will look at all end-of-life interventions to make sure that we are comprehensive in how we deal with people with end-of-life care needs.

In a previous role, I was the director responsible for many of the palliative care cases that came forward. They often came forward in an emergency situation, on a Friday afternoon, because someone was released from an acute care facility, and Veterans Affairs Canada was asked to step in to try and deal with the situation.

Oftentimes these palliative cases do not have a particular time frame associated with them. The expectation might have been that someone would live only for a short period of time. In some cases, they lived longer. You cannot have an artificial time limit around palliative care in those situations. I am pleased to say we have been flexible in our policy in that sense.

Our intention is to help people in the home environment in any cases where it is possible. That help sometimes is restricted, going back to Senator Murray's point about who is eligible for the Veterans Independence Program.

Vous abordez maintenant une question plus générale au sujet des soins de santé et des soins de compassion, et l'ensemble plus général des problèmes de soins pour les personnes âgées fragiles qui sont en fin de vie.

La réponse à votre question est la suivante : oui, nous avons entrepris des recherches et une étude sur toute la question de la prestation des soins. On n'en est pas encore à l'étape de la politique, mais au ministère, nous examinons actuellement non seulement les problèmes que vous avez soulevés, mais toute une série de questions qui concernent les soins de répit.

Nous serons heureux de profiter de la sagesse du comité à ce sujet. Pour nombre de ces enjeux, nous devons adopter une approche différente, plutôt qu'utiliser le véhicule de l'assurance-emploi. Nous croyons être allés aussi loin que l'assurance-emploi nous le permet. Lorsque vous examinez ces enjeux de façon plus large, il pourrait être judicieux d'examiner un ensemble plus large d'instruments.

C'est ce sur quoi nous nous penchons actuellement. Je pense qu'il serait approprié que votre comité nous fasse part de sa sagesse à ce sujet.

La présidente : Monsieur Guptill, je sais que l'un des services offerts par Anciens Combattants Canada, ce sont les soins palliatifs. L'Île-du-Prince-Édouard a mené une expérience intéressante, qui, à ce que je sache, n'est pas allée plus loin que le projet pilote.

Pouvez-vous me donner un exemple d'autres programmes qui permettent à vos anciens combattants de demeurer dans leur maison aussi longtemps que possible tout en recevant des soins palliatifs?

M. Guptill : Oui. Dans le cadre de notre examen des soins de santé, nous allons examiner toutes les interventions en fin de vie pour nous assurer que nous répondons à tous les besoins des personnes qui en sont à cette étape.

J'ai déjà été directeur responsable des nombreux cas de soins palliatifs qui nous étaient présentés. Les gens arrivaient souvent en situation d'urgence, un vendredi après-midi, parce que quelqu'un avait eu son congé d'un établissement de soins aigus, et qu'Anciens Combattants Canada était invité à intervenir pour régler la situation.

Souvent, dans le cas des soins palliatifs, on ne sait pas combien de temps ça va durer. On s'attendait peut-être à ce que la personne ne vive pas longtemps. Dans certains cas, la personne vit plus longtemps. On ne peut pas avoir de délai artificiel concernant les soins palliatifs en pareilles situations. Je suis heureux de dire que notre politique à cet égard est souple.

Notre intention est d'aider les personnes dans leur maison chaque fois que cela est possible. Parfois, cette aide est restreinte, pour revenir au point qu'a soulevé le sénateur Murray quant à savoir qui est admissible au Programme d'autonomie des anciens combattants.

In the context of this health-care review, we want to look at the necessary interventions at the right place and time, as opposed to looking at criteria based on eligibility that is largely driven by entitlement, as opposed to need.

We are addressing that issue in this comprehensive health-care review.

Senator Keon: Mr. Danagher and Ms. Muir, I would like you to talk about the phenomenon of soft retirements, or so-called "soft sunset of retirement."

Reflecting on my previous profession, we used to plan for years and years for our retirement. Indeed, it took years to train some of the people that we used. I cannot imagine how difficult it must be to look at your personnel chart and not know when anyone will retire.

How do you plan for the appropriate transitions of key personnel, and teams of personnel, that you must fit into place to continue?

Mr. Danagher: This topic was under a fair amount of discussion in the early days at the Public Service Human Resources Management Agency of Canada, PSHRMAC. Perhaps Ms. Muir would like to address it and maybe make mention of the succession planning tool kit.

Cecilia Muir, Director General, Public Service Renewal and Diversity, Public Service Human Resources Management Agency of Canada: Yes, it is challenging. I think we are aware that uptake does not equal eligibility for retirement, which is the point you are making. Usually, when people are eligible to retire, they leave in approximately three years of that time frame, sometimes later. Less often, they leave within the year that they are eligible. That is what we are dealing with.

From media coverage, you are probably aware of the initiative called Public Service Renewal, which is the approach that the federal public service is taking right now as to the strategy for managing both the potential retirements and other factors in the workforce.

What it boils down to is the deputy minister community in the federal public service takes a strong interest in fundamental planning of human resources against the business needs of the government.

Right now they are looking at the needs, not only the retirement potential, but other factors such as mobility, and where the government has need of targeted or specific labour shortages, and doing fundamental human resource planning.

We have developed a number of tools around this process. One is a succession planning tool kit. Another one is basic HR planning against business needs.

Dans le contexte de cet examen des soins de santé, nous voulons nous intéresser à toutes les interventions nécessaires au bon moment et au bon endroit, plutôt que d'examiner les critères fondés sur l'admissibilité qui dépend largement des droits, par opposition aux besoins.

Nous examinons actuellement cette question dans le cadre de notre examen complet des soins de santé.

Le sénateur Keon : Monsieur Danagher et madame Muir, j'aimerais que vous nous parliez du phénomène des retraites prises en douce, ce qu'on appelle la « retraite en douceur ».

Dans mon ancienne profession, nous avions l'habitude de planifier notre retraite des années et des années à l'avance. En effet, il fallait des années pour former certaines personnes dont nous avions besoin. Je ne peux imaginer à quel point il doit être difficile d'examiner le tableau de votre personnel et de ne pas savoir quand quelqu'un va prendre sa retraite.

Comment prévoyez-vous les transitions appropriées du personnel clé et des équipes que vous devez mettre en place pour poursuivre les activités?

M. Danagher : Cette question a fait l'objet de passablement de discussions lors de la création de l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada, l'AGRHFPC. Mme Muir voudra peut-être parler de cette question et faire mention de la trousse de planification de la relève.

Cecilia Muir, directrice générale, Renouvellement et diversité de la fonction publique, Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada : Oui, c'est difficile. Je crois que nous savons que les gens ne prennent pas leur retraite aussi nombreux qu'ils le sont à y être admissibles, comme vous le dites. Habituellement, lorsque les personnes sont admissibles à la retraite, elles quittent leur travail environ trois ans après, parfois plus. Mais moins souvent, elles vont quitter la fonction publique l'année au cours de laquelle elles sont admissibles. C'est la situation à laquelle nous faisons face.

En ce qui concerne la couverture médiatique, vous connaissez probablement l'initiative intitulée Renouvellement de la fonction publique, c'est-à-dire l'approche que la fonction publique fédérale prend actuellement pour gérer et les retraites potentielles et d'autres facteurs de son effectif.

En gros, l'ensemble des sous-ministres de la fonction publique fédérale s'intéressent beaucoup à la planification fondamentale des ressources humaines en regard des besoins opérationnels du gouvernement.

Actuellement, ils examinent les besoins, non seulement les retraites possibles, mais d'autres facteurs comme la mobilité et les endroits où le gouvernement prévoit avoir des pénuries de travail spécifiques ou ciblées, et ils font une planification de base de ressources humaines.

Nous avons mis au point divers outils à cet égard. L'un d'eux est la trousse de planification de la relève. La planification des ressources humaines en regard des besoins opérationnels en est un autre.

It does not sound sexy, but what it boils down to is: do we understand what our current and emerging business priorities are? Do we understand what our current talent base is and where this potential is for departures, which includes retirement, and what is our potential for mobility? Do we understand all that? What are the human resource issues that arise? Where are the shortages, gaps and age matters that need to be managed?

We are putting together plans. Every department needs to do this, and there is a lot of support for doing it. It is forward-looking.

It is about public service renewal. It is about a management plan that integrates business needs and human resource needs. It is about looking at what we have now and the potential for departures, then putting that all together.

Senator Keon: What do you do when you project a truly major retirement and this person decides not to go?

Ms. Muir: I should start by saying that the truly major retirements that have been anticipated for several years now do not happen at the rate at which one might have thought. We are seeing, as I mentioned and Mr. Danagher referred to, that potential-to-leave eligibility does not equal precise retirements. A sort of staggered effect is taking place.

That is one factor: we are finding it does not all happen at once. At the same time, succession planning is all about understanding where the greatest gaps are and how you bring in people — how you recruit or develop existing talent specifically for those areas, and put in place strategies to allow for knowledge transfer. It comes back to what I call the non-sexy planning, but that is what it boils down to. We try to figure out where need and talent come together and recruit specifically for where the talent is needed or develop people internally and put in place processes for mentoring so that knowledge is transferred in the workplace.

Again, something fundamental that does not sound sexy, but allows for knowledge transfer as well is the approach to working horizontally, or teamwork, which many government departments use now for working on issues that are primarily multidisciplinary. A key part of the strategy is increasing teamwork, increasing opportunities for people to work together.

Mr. Danagher: There is no obligation for employees to signal when they could retire. In theory, they could do so a week or two before their final day provided they meet the eligibility criteria. That fluidity obviously complicates planning, and that might have been one of the questions you were going to ask.

There is also no mandatory retirement age, as I referred to in my opening remarks. As a consequence, it is difficult, in many circumstances, to anticipate exactly when key personnel will retire. We focus on the “key” part, because for some personnel we

Ça ne fait pas courir personne, mais ce à quoi ça revient, c’est ceci : comprenons-nous ce que sont nos priorités opérationnelles actuelles et émergentes? Comprendons-nous de quoi est constituée notre base de talents actuelle et quelles sont les possibilités de départ, incluant les retraites, et quel est notre potentiel de mobilité? Comprendons-nous tous ces éléments? Quels sont les problèmes de ressources humaines qui se posent? Où sont les pénuries, les lacunes et les questions d’âge qui doivent être gérées?

Nous sommes en train d’élaborer des plans. Chaque ministère doit le faire, et il jouit de beaucoup de soutien à cet égard. C’est une approche proactive.

Voilà en quoi consiste le renouvellement de la fonction publique, c’est un plan de gestion qui intègre les besoins opérationnels et les besoins en matière de ressources humaines. On veut voir ce que nous avons actuellement, ainsi que les départs potentiels, et après ça on va tout réunir les éléments.

Le sénateur Keon : Que faites-vous lorsque vous prévoyez une retraite et que la personne décide de ne pas partir?

Mme Muir : D’abord je dois dire que les véritables grandes retraites qui ont été prévues depuis plusieurs années maintenant ne se produisent pas au rythme qu’on avait prévu. Comme je l’ai mentionné et comme y a fait allusion M. Danagher, cette admissibilité potentielle à la retraite n’égale pas les départs réels à la retraite. Il se produit en quelque sorte un effet graduel.

Ça c’est un facteur : nous constatons que tout le monde ne prend pas sa retraite en même temps. Du même souffle, la planification de la relève consiste à comprendre où sont les lacunes les plus importantes et comment amener des gens — comment on recrute ou on développe les talents existants particulièrement pour ces secteurs, et comment mettre en place des stratégies permettant le transfert du savoir. Ça revient à ce que j’appelle une planification qui ne fait pas courir tout le monde, mais c’est ça. Nous essayons de voir où les besoins et les talents se conjuguent et de faire un recrutement spécifique pour répondre à ces besoins ou encore perfectionner les gens à l’interne, mettre en place des processus de mentorat de sorte que le savoir est transféré en milieu de travail.

Là encore, quelque chose de fondamental qui ne paraît pas si excitant, mais qui permet aussi le transfert du savoir, c’est l’approche du travail horizontal, du travail d’équipe, que nombre de ministères utilisent maintenant pour examiner des enjeux principalement multidisciplinaires. L’un des éléments essentiels de la stratégie est d’accroître le travail d’équipe, d’accroître les possibilités permettant aux gens de travailler ensemble.

M. Danagher : Rien n’oblige un employé à dire quand il pourrait prendre sa retraite. En théorie, il peut le faire une semaine ou deux avant le dernier jour prévu pour respecter les critères d’admissibilité. Cette fluidité, de toute évidence, complique la planification, et c’est peut-être là une des questions que vous allez poser.

En outre, il n’y a pas d’âge de retraite obligatoire, comme je l’ai dit dans ma déclaration d’ouverture. Par conséquent, dans bien des cas, il est difficile de prévoir exactement quand le personnel clé prendra sa retraite. Nous mettons l’accent sur l’élément « clé »,

want to manage that succession, particularly in technical areas — someone with a lot of specialized experience and knowledge. That is why PSHRMAC is looking at these issues assiduously right now.

One thing we are mindful of is the need for managers to be developed in the softer skills of opening dialogue with their staff to try to discern when those retirements might happen. While the planning tool kits and the HR planning frameworks that we have move in the systematic areas, also the training and management orientation obviously needs to be considered.

Ms. Muir: There is a formal performance management program in the government, particularly at the executive level, but it is also a model that is used below the executive level. At a minimum, an annual discussion takes place, but it happens much more often as well so major surprises do not happen. There is a structured approach to discussions among managers and their employees around what are people's career plans and intentions. It is not an unknown.

Senator Mercer: I would like to go back to the beginning of our discussion this afternoon. We talked about how it was good to have everybody at the table so they can hear each other. This special committee of the Senate, as you know, is studying aging and we will take our time and do this right.

As people involved in various government agencies and departments, do you monitor our hearings so that you can anticipate the questions that may come up as we go through this process? If you see that there are information gaps, will you let our clerk know that there is something that your department or agency can help us with to complete our study? We do not want to miss something in the process.

We always seem to have a large audience at this committee, but the people in the audience do not need to wear name tags to tell us who they are. I assume some of them represent your agencies and departments. However, I thought that since you are all here, it would be a good idea to put it on the record. I hope you are paying attention to what we are doing.

Mr. Hicks: There is only one answer to that question. Yes, we are monitoring the committee, and we do have people sitting here who will follow you closely. As you know, your work affects so many aspects of our department. We need to be aware of where you are at, and to help you wherever we can. We are eager to hear what you come up with. There is hardly an area of our department that is not greatly affected by what you are doing. It is important to us.

parce que pour certains employés, nous voulons gérer cette relève, surtout dans les domaines techniques — quelqu'un qui a beaucoup d'expérience et de connaissances spécialisées. C'est pourquoi l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada se penche assidûment sur ces questions actuellement.

Une chose dont nous sommes conscients, c'est la nécessité de perfectionner les gestionnaires dans le domaine des compétences plus « douces » permettant un dialogue ouvert avec leur personnel pour essayer de voir quand ces retraites pourraient se produire. Même si les outils de planification et les cadres de planification des RH que nous avons s'adressent à des secteurs systématiques, la formation et l'orientation de la gestion doivent également, de toute évidence, être prises en considération.

Mme Muir : Le gouvernement dispose d'un programme officiel de gestion du rendement, particulièrement au niveau des cadres, mais c'est aussi un modèle qui est utilisé sous ce niveau. Au minimum, il y a discussion chaque année, mais il peut y en avoir plus souvent pour éviter d'avoir de grosses surprises. Il existe une approche structurée pour les discussions entre les gestionnaires et leurs employés sur leurs plans et leurs intentions de carrière. Ce n'est pas une inconnue.

Le sénateur Mercer : J'aimerais revenir au début de notre discussion cet après-midi. Nous avons dit qu'il était bon d'avoir quelqu'un à la table de sorte qu'on puisse entendre ce que les autres ont à dire. Notre comité spécial du Sénat, comme vous le savez, étudie le vieillissement et nous allons prendre notre temps pour faire les choses comme il faut.

En tant que personnes qui travaillez dans différents ministères et organismes gouvernementaux, surveillez-vous nos audiences de sorte que vous puissiez prévoir les questions que nous pourrions peut-être poser durant tout ce processus? Si vous constatez qu'il y a des lacunes en matière d'information, est-ce que vous allez en informer notre greffier pour nous dire que votre ministère ou votre organisme peut nous aider à terminer notre étude? Nous ne voulons rien manquer.

Il semble y avoir toujours beaucoup de monde à notre comité, mais les gens de l'auditoire n'ont pas besoin d'avoir de porte-nom pour nous dire qui ils sont. Je suppose que certains d'entre eux représentent vos organismes et ministères. Cependant, je me suis dit que puisque vous êtes tous ici, ce serait une bonne idée de le consigner au compte rendu. J'espère que vous vous intéresserez à notre travail.

M. Hicks : Il n'y a qu'une seule réponse à cette question. Oui, nous surveillons les travaux du comité, et nous avons des personnes qui viennent ici et qui vont suivre vos travaux de façon très assidue. Comme vous le savez, votre travail a des répercussions sur de nombreux aspects de notre ministère. Nous devons savoir où vous en êtes et nous devons vous aider chaque fois que nous le pouvons. Nous sommes disposés à entendre vos difficultés. Il n'y a pratiquement pas un seul secteur de mon ministère qui n'est pas grandement touché par votre travail. C'est important pour nous.

In an earlier question, I think I gave a wrong answer. I think I said that there were 1.5 million poor people among seniors. I should have said — I now stand corrected — that there are 1.5 million recipients of the GIS; that was the correct answer. There are probably approximately 200,000 seniors below the low income cut-off line. Most people receive the guaranteed income supplement — those 1.5 million seniors — which brings them over the poverty line, of course.

The Chairman: I want to thank you all for spending the time with us and bringing us up to speed on the work of your departments. Before you go, I also want to thank you all for the work you do on behalf of the people of Canada. Our public servants should receive the accolades that they genuinely deserve. We have an excellent public service in Canada and I am proud of all of you, as are my colleagues.

The committee adjourned.

OTTAWA, Monday, December 11, 2006

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:37 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Good afternoon and welcome warmly to the meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee will examine the implications of an aging society in Canada. This afternoon, we have two panels. We will begin with the first, which is comprised of three groups: The Canadian Association for the Fifty-plus, CARP, represented by Judy Cutler, Director of Government Relations; the Royal Canadian Legion, with Jack Frost and Pierre Allard; and the International Federation on Ageing, represented by Jane Barratt.

We will begin with Ms. Cutler, who will present us with views from her organization.

Judy Cutler, Director of Government Relations, Canadian Association for the Fifty-plus, CARP: We have been waiting a long time for this committee and we are grateful for this opportunity. There is a curse that says, "May you live in interesting times." Well, we are living in unprecedented times with the demographic shift that has been called an age quake at the UN. We at CARP prefer to describe it as age waves since the impact will evolve over time. Whatever we call it, the aging population will have a great impact on society because it is estimated that by 2030 one in four Canadians will be over 65 as the war babies and boomers join current seniors to create a strong cohort and a significant voice.

Tout à l'heure, je pense que je vous ai donné la mauvaise réponse à une question. Je crois avoir dit qu'il y avait 1,5 million de personnes pauvres chez les personnes âgées. J'aurais dû dire — et corrigez-moi si j'ai tort — qu'il y a 1,5 million de personnes qui reçoivent le SRG, c'était la bonne réponse. Il y a environ 200 000 personnes âgées qui sont en deçà du seuil de faible revenu. La plupart des gens reçoivent le supplément de revenu garanti — le 1,5 million de personnes âgées — ce qui leur permet de passer au-dessus du seuil de la pauvreté, bien sûr.

La présidente : Je tiens à remercier tout le monde d'avoir passé ce temps avec nous cet après-midi et de nous avoir mis au courant du travail de vos ministères. Mais avant de vous laisser partir, je tiens également à vous remercier tous pour le travail que vous faites au nom de la population canadienne. Nos fonctionnaires devraient recevoir les félicitations qu'ils méritent véritablement. Nous avons une excellente fonction publique au Canada, et je suis fière de vous tous, comme le sont mes collègues.

La séance est levée.

OTTAWA, le lundi 11 décembre 2006

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 37, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour et bienvenue à tous à cette séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Ce comité est chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne. Cet après-midi, nous entendrons deux groupes de témoins. Nous allons commencer par le premier, qui est composé de trois associations : l'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus, la CARP, représentée par Judy Cutler, directrice des relations gouvernementales; la Légion royale canadienne, avec Jack Frost et Pierre Allard; et la Fédération internationale du vieillissement, représentée par Jane Barratt.

Je cède maintenant la parole à Mme Cutler, qui nous exposera la position de son organisation.

Judy Cutler, directrice, Relations gouvernementales, Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP) : Nous attendons depuis longtemps de pouvoir témoigner devant ce comité et nous vous sommes reconnaissants de nous en donner l'occasion. Vivons-nous à une époque intéressante? Nous traversons très certainement une période sans précédent alors qu'il se produit un changement démographique que les Nations Unies appellent le phénomène du vieillissement. Au sein de la CARP, nous préférons parler de vagues de vieillissement car leurs répercussions évolueront avec le temps. Quelle que soit la terminologie utilisée, le vieillissement de la population aura une incidence importante sur la société car on prévoit qu'en 2030, un Canadien sur quatre aura plus de 65 ans étant donné que les gens nés durant la Deuxième Guerre mondiale et ceux de la génération du baby-boom se seront joints au groupe actuel des personnes âgées pour former une cohorte puissante qui s'exprimera fortement.

We have a choice as a society: Either to buy into the myths that seniors will drain the health and pension systems, for example, or to take advantage of the reality that seniors can contribute to society. Governments can play a positive role by developing policies and programs for an aging population by design rather than dealing with the fallout later by default and with crisis management. Clearly, mindsets have to be changed if we are to go beyond our obsession with defying aging and youth-oriented society. There is nothing wrong with looking and feeling good, but it should not preclude a dynamic and productive society for all ages. Social attitudes and marketing practices that are based on ageism create demographic silos where age groupings are pitted against each other in the workplace, in health care and in the media. This situation must change.

Moreover, the perspective that all members of any demographic sector are the same must change. In CARP's view, the way to make these changes happen is to give older Canadians the opportunities to be active, creative and thriving participants in society. What a mistake and waste to buy into ageist stereotypes and prejudices. For example, older people are not necessarily frail, slow or sick. Most are in good health and they are able to learn new information and skills, including technology.

In fact, seniors bring with them life experience, work expertise, commitment and passion for lifelong learning. This dynamic can and should be nurtured by making healthy and active living and aging a possibility for everyone. Most older Canadians look forward to retirement but there are those who want to, or need to, work. Matching their skills with the growing number of available jobs in a broad and creative manner is one way to go. I know from personal experience that skill sets in one field can be applied to another field. This application requires thinking outside the box rather than becoming weighed down with lower expectations on the part of employers and employees.

I will take the argument further. Some jobs can draw on non-professional experience such as the skills implicit in homemaking or a trade that has been a hobby, such as carpentry, cooking, artwork, et cetera. Of those who are frail, either physically or mentally, many are still capable of activity, even if at times limited. For example, they can work from home with modern means of technology and communication. If call centres for Canadian services can be located in India — and they are, as we know — then surely seniors can be meaningfully employed in their homes in a range of business sectors. There are still places in Canada where a big obstacle for seniors who want to or need to

Comme société, nous avons le choix entre deux options : entretenir les mythes selon lesquels les aînés vont drainer les systèmes de santé et de pensions, par exemple, ou tirer profit du fait que les personnes âgées peuvent continuer de contribuer à la société. Les gouvernements peuvent jouer un rôle actif en élaborant des politiques et des programmes plutôt que de rester passifs et devoir ensuite gérer les retombées et les crises. Il est clair que des attitudes bien ancrées doivent être modifiées si nous voulons dépasser cette obsession que nous avons de vouloir défier le temps dans une société qui privilégie la jeunesse. Il n'y a rien de mal à vouloir bien paraître et à vouloir se sentir bien, mais cela ne doit pas empêcher la formation d'une société dynamique et productive composée de gens de tous les groupes d'âges. Les attitudes sociales et les pratiques commerciales qui sont fondées sur l'âgeisme créent des silos démographiques et les groupes d'âges sont en concurrence les uns avec les autres — au travail, dans les soins de santé et dans les médias. Cette situation doit changer.

De plus, la perspective selon laquelle tous les membres d'un groupe démographique donné sont égaux doit être modifiée également. Selon CARP, pour que ces changements s'opèrent, il faut fournir aux Canadiens plus âgés des occasions de participer de façon active, créative et intéressante à la société. Il faut absolument éviter de laisser perdurer les stéréotypes et les préjugés en ce qui a trait au vieillissement. Par exemple, les personnes âgées ne sont pas nécessairement frêles, lentes ou malades. Au contraire, la plupart d'entre elles sont en bonne santé et capables d'apprendre de nouvelles choses et d'acquérir de nouvelles compétences — notamment en technologie.

En réalité, les aînés ont dans leurs bagages une expérience de vie, une expérience de travail, de la détermination et la passion d'apprendre durant toute leur vie. Cette dynamique peut et devrait être soutenue afin que tout le monde ait la possibilité de vivre et de vieillir en bonne santé et de demeurer actifs. La plupart des personnes âgées au Canada ont hâte de prendre leur retraite, mais il y en a aussi qui veulent continuer à travailler ou doivent le faire. Une solution intéressante qui pourrait être envisagée serait d'apparier les compétences que ces personnes possèdent et les emplois disponibles, qui sont de plus en plus nombreux. Je sais, pour l'avoir vécu personnellement, que les compétences acquises dans un domaine d'activité peuvent être appliquées à un autre domaine tout à fait différent. Pour y arriver, il faut bien entendu être capable d'élargir ses horizons au lieu de se laisser abattre par des attentes moins grandes comme le voudraient les stéréotypes établis, et ceci s'applique autant à l'employeur qu'à l'employé.

Laissez-moi m'expliquer davantage sur ce point. Certains postes pourraient être comblés par quelqu'un qui n'a pas une expérience professionnelle liée au poste comme tel, mais qui a acquis les compétences requises en faisant de l'économie domestique, par exemple. Il peut aussi s'agir d'un travail que la personne avait l'habitude de faire comme passe-temps, comme de la menuiserie, de la cuisine ou de l'art, par exemple. Et pour ce qui est des personnes fragiles, que ce soit physiquement ou mentalement, beaucoup sont encore capables d'être actives, même si elles ont parfois des limitations. Par exemple, elles pourraient travailler chez elles grâce aux outils de communication

work is mandatory retirement, including in federally regulated industries. In our view, it is a human right for Canadians to have choice about when to retire based on ability and not on age.

Let me make it clear that the Canadian Association for the Fifty-plus is against both mandatory retirement and mandatory employment. We believe in the “carrot” of incentives rather than the “stick” of enforcement. When older workers are part of the labour force, the economy and government coffers benefit as well as the individual. Older workers not only pay taxes but also spend on goods and services, which stimulate productivity and economic growth. This point is an important justification not to clawback public pension income from those who are still working. We would like to see a band of supplementary income allowed for recipients of the Guaranteed Income Supplement without any negative impact on their GIS.

At CARP, we hear from many people for whom mandatory retirement means poverty, social isolation and the loss of meaningful activity, all of which can lead to physical and mental illnesses, thereby putting unnecessary stress on the health care system. The alternative contributes to independence and quality of life. However, even where mandatory retirement has ended, older workers still face the challenges of ageist employers who discriminate against those who are as young as 45 when it comes to hiring practices.

We recommend a federal-provincial-territorial national program to advance the value and inclusion of older workers in the workforce. Incentives are needed for employers to retain and hire older workers, such as funding or tax credits for training, retraining and upgrading. Access to Canada Pension Plan, CPP, at age 60 without having to leave work to apply is another example of what is needed to encourage older workers to stay in the workforce. On the other hand, we do not want to see the age of pension eligibility delayed for those who retire or those who continue to work. Let us not forget that we have a progressive tax system for those who receive both pension and salary.

et à la technologie modernes. Si les centres d'appels qui desservent les entreprises canadiennes peuvent s'établir en Inde, ce qui est le cas actuellement, nous le savons tous, il y a certainement des aînés qui pourraient occuper des postes intéressants à partir de leur domicile dans différents secteurs d'activité. Il y a encore des endroits, au Canada, où la retraite obligatoire demeure un obstacle important pour les aînés qui veulent ou doivent travailler plus longtemps — notamment dans les industries réglementées par le gouvernement fédéral. Selon nous, les Canadiens devraient tous avoir le droit de choisir quand prendre leur retraite, en fonction de leurs capacités et non de leur âge.

Je tiens à indiquer clairement que la CARP s'oppose à la retraite ainsi qu'à l'emploi obligatoires. Nous sommes davantage favorables aux incitatifs de type « carotte » qu'aux coups de « bâton » de type obligatoire. Lorsque des travailleurs plus âgés font partie de la main-d'œuvre, c'est avantageux à la fois pour eux, pour l'économie et pour les coffres de l'État. Non seulement les travailleurs plus âgés paient-ils davantage d'impôts, mais ils dépensent en plus leur argent pour acheter des biens et services et, bien entendu, cela stimule la productivité et la croissance économique. Voilà une excellente raison de ne pas reprendre le revenu de pension versé aux gens qui continuent de travailler. En réalité, nous aimerions que les bénéficiaires du supplément de revenu garanti aient le droit de toucher un revenu supplémentaire sans que cela ait d'incidence négative sur le supplément qu'ils perçoivent déjà.

À l'Association, nous entendons souvent parler de gens pour qui la retraite obligatoire signifie pauvreté, isolement social et fin d'une vie active intéressante. Ce sont tous des éléments qui peuvent conduire à des maladies physiques ou mentales, et j'ajouterais que ce sont aussi des éléments qui font peser inutilement un poids sur le système des soins de santé. Par contre, si nous n'obligeons pas ces gens à prendre leur retraite, nous contribuons à leur indépendance et à leur qualité de vie. Cependant, même dans les régions où la retraite n'est plus obligatoire, des travailleurs plus âgés continuent d'être confrontés au problème de l'âgisme car certains employeurs exercent de la discrimination dans leurs pratiques d'embauche et il y a des employés potentiels qui en sont victimes même s'ils n'ont, dans certains cas, que 45 ans.

Nous recommandons la mise en œuvre d'un programme fédéral-provincial-territorial qui permette de valoriser davantage les travailleurs plus âgés et de mieux les intégrer dans la main-d'œuvre. Il faut aussi mettre en place des incitatifs pour permettre aux employeurs de retenir et d'embaucher des travailleurs plus âgés, en leur accordant par exemple du financement ou des crédits d'impôt pour la formation, le recyclage et le perfectionnement. À 60 ans, on devrait pouvoir demander des prestations du Régime de pensions du Canada sans avoir à quitter son emploi, ce qui inciterait les travailleurs plus âgés à continuer de travailler. Par contre, nous ne souhaitons pas que l'âge auquel les gens deviennent admissibles au régime de retraite soit retardé — autant pour ceux qui prennent leur retraite que pour ceux qui continuent de travailler. N'oublions pas que nous avons un système d'impôt progressif qui s'applique aux gens qui reçoivent une pension en plus de leur salaire.

There is also a new face of retirement. The traditional rocking chair image disappeared a while ago and those who retire tend to remain active physically, intellectually and spiritually. Opportunities for such activity must be more widely available, accessible and affordable, whether it is continuing education, exercise or even meditation.

Volunteerism is another avenue that is often undervalued as an important, relevant and significant activity. According to Statistics Canada, in 2003-04 an estimated 12 million Canadians provided volunteer services in a number of sectors to countless recipients. When we take into account the fact that 2 billion hours of service were provided, we can see that volunteerism ensures the provision of many essential services that would otherwise be unavailable, and which society could probably never afford. We need not only enhancement of the volunteer sector, with tax credits and even compensation for volunteers, but also financial support for a sound infrastructure for recruitment, screening, training, monitoring, evaluation and recognition. This support will clearly impact on the quality and the quantity of volunteers, and their contribution and participation in the community.

There is a whole world of possibilities if we bring the young and the elderly together to exchange, learn and share from each other in terms of skills, experiences and ideas. Such intergenerational initiatives such as mentoring, counselling, consulting and coaching can augment the knowledge of both the young and the elderly, creating a dynamic, robust and productive workforce, community and society. These activities can also go a long way in dispelling ageist views.

Personal and professional experience has made me and people at CARP concerned about the millions of caregivers, mostly women, across the country. Their role in home care cannot be ignored but neither can their plight. No other job demands commitment, 24 hour, 7 days a week, and in most cases without training or adequate support. Burnout is common but could be avoided with a national respite program that offers caregivers regular breaks from their demanding responsibilities. Such a program will also help to prevent premature, and more costly, institutionalization of those being cared for, and even the caregivers themselves. Moreover, caregivers and care recipients would benefit from a national home care program that includes chronic care and community nonmedical care with governmental transparency and accountability. As well, a national mental health strategy, as outlined in the Kirby-Keon report, would

Par ailleurs, la retraite n'est plus ce qu'elle était. L'idée traditionnelle des personnes âgées assises dans leur « chaise berçante » est clairement révolue, et les gens qui prennent leur retraite ont tendance à demeurer actifs physiquement, intellectuellement et spirituellement. Mais les occasions de participer à de telles activités doivent devenir plus nombreuses, et les activités doivent être accessibles et abordables, qu'il s'agisse d'éducation permanente, d'exercice ou de méditation.

Le bénévolat est une autre possibilité, et c'est une activité qui est souvent sous-estimée alors qu'elle est très importante, pertinente et précieuse. Selon Statistique Canada, quelque 12 millions de Canadiens ont fait du bénévolat en 2003-2004 dans de nombreux secteurs d'activité, et ils ont permis à un nombre incalculable de personnes d'en bénéficier. Si nous prenons en considération le fait que deux milliards d'heures ont été consacrées au bénévolat, nous constatons que beaucoup de services essentiels ont ainsi pu être dispensés et que sans le travail des bénévoles, ces services n'auraient pas été disponibles car la société n'aurait sans doute jamais eu les moyens de les payer. Ce dont nous avons besoin, c'est d'une amélioration du secteur bénévole grâce à des crédits d'impôt et peut-être même d'une certaine compensation des bénévoles. Nous avons aussi besoin de soutien financier pour mettre en place une infrastructure solide qui pourra ensuite permettre le recrutement, la sélection, la formation, le suivi, l'évaluation et la reconnaissance des travailleurs bénévoles. Cela aura très certainement une incidence sur le nombre de bénévoles compétents ainsi que sur la contribution qu'ils apportent à la collectivité grâce à leur participation sociale.

Les possibilités qui s'offrent à nous sont innombrables si nous réussissons à réunir les jeunes et les aînés afin qu'ils échangent, partagent et apprennent les uns des autres, que ce soit sur le plan des compétences, de l'expérience et des idées. Des initiatives intergénérationnelles comme le mentorat, le counseling, la consultation et le coaching peuvent permettre autant aux jeunes qu'aux aînés d'améliorer leurs connaissances tout en créant une dynamique forte, intéressante et productive, que ce soit au travail, dans la communauté ou dans la société — et cela peut énormément contribuer à réfuter les idées répandues sur le vieillissement.

À cause des expériences personnelles et professionnelles que moi et mes collègues avons vécues, nous avons été à même de constater qu'il existe au Canada des millions d'aidants naturels, surtout des femmes. Le rôle que ces personnes jouent au chapitre des soins dispensés à domicile ne peut plus être ignoré, pas plus que leurs revendications. Aucun autre travail n'exige un tel engagement, tous les jours 24 heures sur 24 — le plus souvent sans formation ni soutien adéquat. Les cas d'épuisement sont fréquents, mais ils seraient évitables si un programme national de répit existait pour permettre aux aidants naturels de se dégager de temps en temps de leurs responsabilités accablantes. La mise en place d'un programme de répit permettrait en outre de retarder le moment où les bénéficiaires des soins doivent être placés dans des institutions, ce qui coûte plus cher, quand ce ne sont pas les aidants naturels eux-mêmes qui tombent malades et doivent être

contribute to the health and quality of life of caregivers and care recipients, as I well know from looking after my brother who was schizophrenic.

It is unconscionable that Canada is the only G8 country without such a strategy to serve millions of people suffering from mental illnesses. We are concerned about the aging of the mentally ill, whose needs are specific, unique and ignored. For caregivers who continue to work, or leave work to do full-time caregiving, policies must be in place for flexible work hours and reasonable leaves of absence. For substantial leaves of absence, we would like to see a distinct Employment Insurance fund and eligibility for more than the current limited period of palliative end-of-life care. Also, the stop-out provision in CPP for new parents should be extended to all caregivers who leave work to provide elder care.

A huge challenge is what I call the re-entry phase of caregiving: After the caregiving, then what? We need to have a post-caregiving support system to help build or rebuild skills and confidence for a successful transition back into life and into the labour market. There are so many more issues to raise: poverty, pensions, environment, fraud and scams, affordable housing, elder abuse, et cetera. I hope some of these issues will be raised during our discussion here.

I will close with a quote by UN Secretary-General Kofi Annan, on the occasion of this year's International Day of Older Persons, who said:

...the whole world stands to gain from an empowered older generation, with the potential to make tremendous contributions to the development process and to the work of building more productive, peaceful and sustainable societies.

Jack Frost, Dominion President, The Royal Canadian Legion: Thank you for inviting the Legion to appear today.

placés. De plus, les aidants naturels et les personnes qui reçoivent leurs soins profiteraient tous de la mise en œuvre d'un Programme national de soins à domicile qui inclurait des soins aux malades chroniques et des soins de santé communautaire non médicaux — le gouvernement en assurerait la transparence et aurait l'obligation de rendre des comptes. Par ailleurs, la mise en œuvre d'une Stratégie nationale en matière de santé mentale, comme on l'explique dans le rapport Kirby-Keon, permettrait d'améliorer la santé et la qualité de vie des aidants naturels et des bénéficiaires de l'aide — et je le sais très bien car je me suis occupé de mon frère qui était schizophrène.

Il est inconcevable que le Canada soit le seul pays du G8 à ne pas s'être déjà doté d'une telle stratégie afin de venir en aide aux millions de personnes atteintes de maladies mentales. Nous sommes préoccupés par le vieillissement des personnes atteintes de maladies mentales ayant des besoins spécifiques dont on ne tient pas compte. Afin de soutenir les aidants naturels qui continuent d'occuper un emploi ou qui doivent quitter leur emploi pour s'occuper à temps plein d'un proche, il faut que des politiques soient mises en place pour permettre les horaires de travail souples et autoriser les absences d'une durée raisonnable. Dans le cas où l'aidant naturel doit s'absenter de son travail pendant une longue période, nous aimerions qu'une caisse d'assurance-emploi distincte soit créée et que les gens puissent être admissibles à des prestations au-delà de la période limite actuellement permise, soit en fin de vie durant les soins palliatifs. De plus, les dispositions du RPC pour arrêt de travail des nouveaux parents devraient s'appliquer à toutes les personnes qui abandonnent leur emploi pour prodiguer des soins à domicile à des personnes âgées.

Un autre défi important à relever est ce que j'appelle la phase de retour de l'aidant naturel — quand il a fini de prodiguer ces soins, que lui arrive-t-il ensuite? Nous devons mettre en place un système pour permettre de soutenir les aidants naturels une fois qu'ils ont terminé leur mandat et tentent de retrouver une vie normale car ils ont besoin de reprendre confiance en eux et peut-être d'une mise à niveau de leurs connaissances pour pouvoir réintégrer le marché du travail. Il reste beaucoup d'autres problèmes à régler — la pauvreté, les pensions, l'environnement, les fraudes et les escroqueries, les logements coûteux, la violence à l'égard des aînés et ainsi de suite. J'espère que certaines de ces questions seront soulevées dans le cadre de nos discussions.

Je terminerai mon exposé en citant une déclaration du secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, à l'occasion de la Journée internationale des personnes âgées :

Le monde entier tirerait partie d'une génération de personnes du troisième âge autonome et à même d'apporter d'immenses contributions à l'effort de développement et à l'édification de sociétés plus productives, plus pacifiques et plus viables sur le long terme.

Jack Frost, président national, Légion royale canadienne : Merci de nous avoir convoqués aujourd'hui.

The aging of the Canadian population is inevitable. This reality calls for mitigating measures in areas such as health promotion, home support services, affordable supportive housing, long-term care, palliative care, and lifelong learning.

The Royal Canadian Legion feels strongly that measures should be implemented immediately to deal with these dawning demographic challenges on which you have been briefed.

New policies must be implemented to meet the changing needs of seniors while preserving their ability to contribute to the productivity of Canadian society.

The Gerontological Advisory Council, GAC, of Veterans Affairs Canada, of which the Royal Canadian Legion is a member, has made recommendations regarding health benefits provided to veterans. One recommendation deals with a comprehensive health promotion program that preserves a vigorous intervention model for veterans with high-care needs. Such a dual approach would be logical for all Canadian seniors.

To quote from the GAC 2006 report, *Keeping the Promise*, services provided to veterans should include “appropriate early intervention and health promotion services, more intensive home supports and a wider range of residential choices.”

This approach would benefit caregivers, including those who have not received benefits from the Veterans Independence Program, VIP, because they do not meet the current complex eligibility criteria.

The key objective of health promotion for seniors should be to help seniors maintain independence and productivity. With the VIP, Veterans Affairs Canada goes a long way toward doing exactly that. The Legion has long advocated for an extension of this successful program to the pre-1981 recipients, and eventually to all Canadian seniors.

A seniors' independence program based on need for all Canadian seniors would reduce the hospital expenditures for hospitalization and long-term care. The integration of health promotion and preventative health measures into medical programs, coupled with more affordable housing options, would reduce overall healthcare expenditures.

The Legion has operated has a housing program since the 1980s. Our housing program has been re-invigorated with the appointment of a consultant in 2000 for the Legion's Housing Centre for Excellence in Charlottetown. An employee from Veterans Affairs Canada second secondment to the Legion, David MacDonald has coached Legion branches in developing new housing projects for seniors and veterans, such as the Alexander Mackie Lodge in British Columbia.

Le vieillissement de la population canadienne est inévitable. Cette réalité appelle des mesures d'atténuation dans des domaines tels que la promotion de la santé, les services de soutien à domicile, le logement abordable, les soins de longue durée, les soins palliatifs, ainsi que l'apprentissage continu.

La Légion royale canadienne croit fermement que des mesures immédiates doivent être prises pour faire face aux défis démographiques, sur lesquels vous avez été renseignés.

De nouvelles politiques doivent être mises en place pour répondre aux besoins changeants des aînés, tout en protégeant leur capacité de contribuer à la productivité de la société canadienne.

Le Conseil consultatif de gérontologie (CCG) d'Anciens Combattants Canada, dont la Légion est membre, a formulé récemment certaines recommandations au sujet des prestations de maladie accordées aux anciens combattants. L'une de ces recommandations concerne un programme détaillé de promotion de la santé qui s'appuie sur un solide modèle d'intervention pour les anciens combattants qui ont grandement besoin de soins. Une approche similaire serait très logique pour tous les aînés canadiens.

Une citation du rapport *Parole d'honneur* fait référence aux services offerts aux anciens combattants qui devraient comprendre « une intervention précoce appropriée et des services de promotion de la santé, des soutiens à domicile plus intensifs, ainsi qu'une gamme plus étendue de choix résidentiels ».

Cette approche avantagerait certainement les pourvoyeurs de soins, y compris ceux qui n'ont pas encore reçu de prestations dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC), parce qu'ils ne satisfont pas aux critères complexes d'admissibilité.

L'objectif clé de la promotion de la santé des aînés devrait être d'aider les personnes âgées à maintenir leur autonomie et, de ce fait, leur productivité. Le PAAC d'ACC contribue à l'atteinte de cet objectif. La Légion, depuis longtemps, plaide en faveur de l'extension de ce programme très réussi destiné, en premier lieu, aux bénéficiaires avant 1981, et à tous les aînés au Canada.

Un programme pour l'autonomie des aînés, visant tous les aînés canadiens, permettrait de réduire effectivement les dépenses d'hospitalisation et de soins de longue durée. L'intégration de la promotion de la santé et de mesures préventives, dans les programmes médicaux, ainsi que davantage de choix de logements abordables auraient pour effet de réduire l'ensemble des dépenses de soins de santé.

La Légion gère un programme de logement depuis les années 1980. Notre programme de logement a été revigoré avec la nomination, en 2000, d'un consultant pour le Centre d'excellence de logement de la Légion, à Charlottetown. Un employé d'ACC détaché auprès de la Légion, M. David McDonald, a conseillé les filiales dans le développement de nouveaux projets de logements pour aînés et anciens combattants, tels que l'Alexander Mackie Lodge, en Colombie-Britannique.

The biggest challenge the Legion branches face in getting these projects going is meeting the mandatory equity requirements to qualify for insurance from the Canada Mortgage and Housing Corporation, CMHC.

The challenge is because of the more stringent insurance criteria CMHC is imposing for small corporations. These criteria result in increases in the loan-to-equity ratio for small projects. Unfortunately, a small equity gap of \$150,000 on a \$3 million project could be the only obstacle preventing a project from securing construction funding.

A simple solution is to set up a small revolving fund to provide gap financing. Repayment would be deferred for five years. These equity gap loans would be repayable with interest within five years. This program would become self-sustaining. We provided, as an enclosure, a more comprehensive description of this recommendation.

These examples show how the government can meet the growing needs of seniors and veterans to secure affordable, supportive housing without imposing an additional drain on healthcare and long-term care funding.

It is an unavoidable reality that many seniors and veterans will require institutionalization in these facilities. It is clear the health promotion can delay this change. Seniors and veterans prefer to remain in their homes as long as is feasibly possible. For some, this preference may mean facing the final transition in the familiar surroundings of their residence, assuming appropriate palliative care can be provided.

Veterans Affairs Canada has a program for at-home palliative care, which should be investigated by federal and provincial health authorities as a potential model keeping in mind it is less costly to provide services in a home than in an institution.

We have advocated for national standards of long-term care. When seniors and veterans face the reality of transitioning to those facilities, there should be a well-defined level of care, which should be the same whether they reside in Newfoundland and Labrador or British Columbia. Seniors should be covered by a seniors' bill of rights to establish national standards of care, benefits and services.

The Legion recognizes lifelong learning for seniors is a necessity to ensure continuing prosperity and productivity of the nation. One element of lifelong learning resides in access to computers and information technology.

A founding member of the Canadian Seniors Partnership, the Legion has advocated for easier access to information for seniors. We recognize that access should be provided through an integrated portal to simplify the identification of services at federal, provincial and municipal levels of governments.

Le défi le plus important auquel nos filiales font face pour lancer ces projets est de satisfaire aux exigences obligatoires en matière d'équité pour se qualifier afin d'obtenir une assurance de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL).

Le défi vient des critères plus serrés que la SCHL impose aux petites entreprises sur le plan des assurances. Ces critères font augmenter le coefficient du prêt en fonction de la mise de fonds pour les petits projets. Malheureusement, on peut se faire refuser un financement simplement parce qu'il manque 150 000 \$ à la mise de fond pour un projet de construction de 3 millions de dollars.

Une solution simple serait d'établir un fonds renouvelable modeste pour fournir un financement complémentaire du capital, dont le remboursement serait étalé sur cinq ans, avec intérêts. Ce programme deviendrait autosuffisant. Nous vous avons fourni, en pièce jointe, une description plus détaillée de cette recommandation.

Ces exemples montrent comment le gouvernement peut satisfaire aux besoins grandissants des aînés et des anciens combattants en leur permettant d'avoir un logement abordable et assorti de services de soutien, sans puiser encore dans le financement des soins de santé et des soins de longue durée.

Un grand nombre d'aînés et d'anciens combattants devront être placés dans ces établissements; c'est là une réalité incontournable. Il est clair que la promotion de la santé peut retarder ce passage. Les personnes âgées et les anciens combattants préfèrent demeurer dans leur chez-soi aussi longtemps que possible. Pour certains, cette préférence peut signifier envisager la transition finale dans le milieu familial de leur résidence, pourvu que des soins palliatifs appropriés leur soient fournis.

Anciens Combattants Canada a mis en place un programme de soins palliatifs à domicile, que les autorités fédérales et provinciales de la santé devraient examiner et dont elles pourraient s'inspirer, en gardant en tête qu'il est moins coûteux de fournir des services à domicile que dans un établissement.

Nous avons plaidé en faveur de l'adoption de normes nationales de soins de longue durée. Lorsque les aînés et les anciens combattants doivent faire la transition vers ces établissements, le niveau de soins devrait être bien défini et être identique de Terre-Neuve-et-Labrador à la Colombie-Britannique. Les aînés devraient être protégés par une déclaration des droits des personnes âgées de sorte que des normes nationales de soins, de prestations et de services soient établies.

La Légion reconnaît que l'apprentissage continu des personnes âgées est nécessaire à la prospérité et la productivité du pays. Un élément de cet apprentissage réside dans l'accès à des ordinateurs et à la technologie de l'information.

Membre fondateur du Partenariat canadien des aînés, la Légion préconise un accès plus facile à l'information pour les personnes âgées. Nous reconnaissons que cet accès doit être offert au moyen d'un portail intégré qui simplifierait l'identification des services offerts aux niveaux fédéral, provincial et municipal.

In the past, the Community Access Program funded by Industry Canada provided computers to seniors in Legion branches where seniors often congregate. This program was discontinued. It should be revisited and enlarged to provide computers in long-term care facilities for seniors and veterans.

The Legion advocates strongly for the following: A vigorous health promotion program for seniors coupled with an intervention program for seniors with high-care needs; more intensive home supports modelled on the successful Veterans Independence Program and palliative care programs; access for non-government organizations such as the Legion to a revolving equity fund to provide gap financing for affordable housing projects; national standards of care in long-term care facilities, and a national seniors' bill of rights; and access to information technology.

Jane Barratt, Secretary General, International Federation on Ageing: The International Federation on Ageing, IFA, is pleased to present its views to this committee today. It is a rare honour the federation takes seriously.

Never before in the history of this nation, and the world, would every one of us here today experience the impact of population aging, and the current demographic trends today and for the foreseeable future.

The IFA was established 30 years ago. Its headquarters has been in Montreal for the last 14 years.

We are proud to have Canadian members, government and non-government. Our mission is to understand aging policy and programs internationally so we can inform, educate and promote policies and practices to improve the quality of life of older people in Canada and all older people.

Our responsibilities include building, facilitating, and strengthening bridges between governments, non-government and the corporate sectors; strengthening non-government organizations in Canada and around the world so they can build a capacity to represent and support the older people they represent; and to improve the understanding of the effect and impact of government policies and programs on the lives of older people. Our programs include the analysis of aging policies from 30 countries, to better understand trends and ways the governments are dealing with many of these issues that we are dealing with today; a scan of legislation and other policies around the despicable elder abuse trend in this country and other countries; and a unique capacity-building program, which supports NGOs to understand better how to represent the people they serve.

We believe that with consolidated up-to-date policy and program-related information, the IFA is in a good position to support national, provincial and smaller bodies in their policy

Par le passé, le Programme d'accès communautaire financé par Industrie Canada a permis de fournir des ordinateurs aux filiales de la Légion, où les aînés se réunissent souvent. Ce programme a été aboli. Il faudrait le revoir et l'élargir de sorte que des ordinateurs soient fournis aux aînés et aux anciens combattants dans les établissements de soins de longue durée.

La Légion plaide énergiquement en faveur des mesures suivantes : un programme vigoureux de promotion de la santé pour les aînés assorti à un programme d'intervention auprès des aînés qui ont besoin de soins importants; des mesures de soutien à domicile plus importantes inspirées du Programme pour l'autonomie des anciens combattants et des programmes de soins palliatifs; la possibilité que des organisations non gouvernementales comme la Légion aient accès à un fonds renouvelable pour assurer un financement complémentaire du capital pour des projets de logements abordables; des normes nationales de soins pour les établissements de soins de longue durée et une déclaration nationale des droits des personnes âgées; et l'accès à la technologie de l'information.

Jane Barratt, secrétaire générale, Fédération internationale du vieillissement : La Fédération internationale du Vieillesse, ou FIV, est ravie de faire part de ses opinions au comité aujourd'hui. C'est un honneur rare que la fédération prend au sérieux.

Il ne serait jamais arrivé dans l'histoire de ce pays et dans le monde que tout un chacun ressente les effets du vieillissement de la population et des tendances démographiques, comme maintenant et dans l'avenir prévisible.

La FIV a vu le jour il y a 30 ans. Son siège social se trouve à Montréal depuis 14 ans.

Nous sommes fiers de compter parmi nos membres canadiens des membres d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Notre mission consiste à comprendre les politiques et les programmes en matière de vieillissement à l'échelle internationale pour que nous puissions éclairer, faire connaître et promouvoir des politiques et des pratiques qui permettront d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées au Canada et partout dans le monde.

Nos responsabilités consistent à bâtir, à faciliter et à renforcer les passerelles entre les gouvernements, les secteurs non gouvernementaux et les entreprises; à renforcer les organisations non gouvernementales au Canada et partout dans le monde pour qu'elles puissent représenter et soutenir les aînés; à mieux faire comprendre les incidences des politiques et des programmes gouvernementaux sur la vie des personnes âgées. Nos programmes comprennent l'analyse des politiques du vieillissement de 30 pays, pour mieux comprendre les tendances et la façon dont les gouvernements traitent les nombreux enjeux qui nous occupent aujourd'hui; l'analyse des lois et autres politiques visant à contrer les traitements ignobles dont certains aînés sont victimes au Canada et à l'étranger; et un programme unique de développement des capacités, conçu pour aider les ONG à mieux représenter les personnes qu'elles servent.

Nous croyons qu'avec une politique intégrée et actualisée et une information axée sur les programmes, la FIV est en mesure de soutenir des organismes nationaux et provinciaux et des

development. The IFA has general consultative status at the United Nations and its agencies, including the World Health Organization.

Substantive issues that are changing the lives of future generations today in every part of the world are unnervingly similar. The vexed question of how to prioritize them is equally challenging. These issues, which we have observed in Canada and many countries around the world, include pensions and benefits — the financial protection: how are older people going to live longer without financial support?

Some of our people in Canada are asset rich and cash poor. How do these people access health care that they want in the future? Other issues include discrimination — age discrimination in health and social care, employment, and accessing goods and services; and insufficient and inequitable access to continuing care ranging from in-home care to long-term care and sometimes specialist institutional care.

It is a myth that most older people will enter institutional care. One in seven people over the age of 75 in developed countries are likely to go into some institutional care. This means six out of seven older people will be in the community today.

Another issue is increased family caregiving. There is a strange paradox because we are experiencing urban migration; therefore the family-giver social network will not be here in the future. I do not want to see children being celebrated for their caregiving role in their family. That is not their role as they grow up in life, to be a primary caregiver. Let us not let that happen in Canada.

With regard to respite programs, family caregiving is a natural tendency for us all. Each one of us here today will either give or receive care at some time in our life, and the whole notion of respite needs to be addressed. It is imperative that all these and associated aging issues are viewed through the gender and cultural lens to give meaningful voice to these specific cohorts.

After canvassing the aging policies and programs for many different countries not unlike Canada and reflecting on the work of our NGO members who represent 50 million older people in the world, I ask myself the question: What is the single broadest policy intervention that could in some way impact on each of these substantive issues? The answer is “healthy aging.” My caveat to this term is that aging — growing old — is not a health issue, nor should we see it as a health issue in the future, but rather part of the life course approach. I have a belief that aging starts at birth and throughout the life course we experience

organismes plus petits dans l'élaboration de leur politique. La FIV a une fonction générale de consultation à l'Organisation des Nations Unies et auprès de ses agences, y compris l'Organisation mondiale de la santé.

Les enjeux importants qui transforment aujourd'hui la vie des générations futures dans tous les coins du monde sont d'une similitude troublante. La question épineuse de la priorisation de ces enjeux pose également un défi. Ces enjeux, que nous avons observés au Canada et dans de nombreux autres pays, ont trait notamment aux pensions et aux prestations — la protection financière : comment les personnes âgées vont-elles vivre plus longtemps sans soutien financier?

Au Canada, certains aînés ont beaucoup d'avoirs, mais peu de liquidité. Comment vont-ils obtenir les soins de santé dont ils auront besoin? Il y a aussi les problèmes de discrimination — la discrimination fondée sur l'âge dans la prestation des soins de santé et des services sociaux, l'emploi et l'accès aux biens et services. Mentionnons également l'accès insuffisant et inéquitable aux soins continus, que ce soit les soins à domicile, les soins à long terme ou encore les soins en établissements spécialisés.

C'est un mythe de croire que la plupart des personnes âgées recevront des soins en établissement. Dans les pays développés, une personne de plus de 75 ans sur sept recevra probablement des soins institutionnels quelconques. Cela signifie que six personnes sur sept, parmi les aînés, resteront dans la communauté aujourd'hui.

Il y a aussi l'apport accru des membres de la famille dans la prestation des soins. Il s'agit d'un étrange paradoxe, puisque en raison de la migration urbaine, le réseau social d'aidants naturels n'existera plus dans l'avenir. Il ne faut pas que les enfants soient reconnus pour le rôle de soignants qu'ils jouent au sein de leur famille. Ce n'est pas aux enfants, à mesure qu'ils grandissent, de prodiguer les soins de première ligne. Ne laissons pas pareille chose se produire au Canada.

Concernant les programmes de soins de relève, c'est une chose naturelle pour nous tous de donner des soins à un membre de la famille. Chacun de nous ici a donné ou a reçu des soins à un moment de sa vie, et toute la notion de répit doit être examinée. Il faut se pencher sur toutes ces questions et tous les enjeux du vieillissement en tenant compte des différences entre les sexes et les cultures, pour donner une voie signifiante à ces diverses cohortes.

Après avoir examiné les politiques et les programmes liés au vieillissement de nombreux pays qui ne sont pas différents du Canada et après avoir réfléchi sur le travail des ONG membres qui représentent 50 millions d'aînés dans le monde, je pose moi-même la question suivante : quelle est l'unique intervention globale qui pourrait avoir une influence quelconque sur chacun de ces enjeux? La réponse est « le vieillissement en santé ». La mise en garde que je fais concernant cette expression, c'est que le vieillissement — le fait de devenir vieux — n'est pas un problème de santé et ne devrait pas être perçu de la sorte. Il s'agit plutôt du

changes in our life, and at times we need specialist services and care.

One may ask the question, is there a crisis in Canada in regard to older persons? We may respond to this question by asking again whether all older Canadians have the same access to goods and services across the country, the same choices, and even whether the life expectancy is the same for all cultures. If we cannot answer in the affirmative, then, yes, we have a crisis.

Let me now go back to the policy and programs of healthy aging and explain in broad terms why it is imperative that Canada make a long-term commitment to such a strategy. It is not a quick fix but relies on bi-partisan commitment and is at the essence of future generations. Healthy aging depends on a variety of influences or determinants that surround individuals, families and nations. At times we talk about older persons as a separate cohort. Older persons, like all of us here aging today, are part of a community.

Understanding the evidence behind these determinants — economic, health and social services, behavioural, social, personal and physical — helps us to design policies and programs. It takes courage from governments to recognize the long-term benefits that programs and strategies such as healthy aging can deliver in terms of its economic return; but they do.

We must also confront the complexities that national service standards and quality standards will inevitably deliver. However, Canada cannot be a nation where differences across provinces impact negatively on the health and well-being of our older citizens.

In Canada, the prevalence of chronic disease is increasing. In 2005, 91 per cent of seniors reported one or more chronic health conditions as diagnosed by a health professional, compared with 87 per cent in 2000-01. In 2005, the most frequent chronic conditions of seniors living in the households were: arthritis/rheumatism, almost 50 per cent; high blood pressure, 45 per cent; heart disease, 19 per cent; and diabetes, 15 per cent. These chronic conditions call for a healthy aging strategy.

In Canada, I am pleased to say that we can boast most impressive research and research institutions, thoroughly experienced and committed government offices and a non-government sector that works in partnership with and has a growing interest in the corporate sector. However, at times we are moving in the same direction but moving in parallel. It is time that we connect towards a common purpose.

cours normal de la vie. À mon sens, le vieillissement débute à la naissance et, tout au long de notre vie, nous expérimentons des changements et nous avons parfois besoin de services et de soins spécialisés.

On pourrait se demander s'il y a une crise au Canada en ce qui concerne les personnes âgées. On pourrait répondre en posant d'autres questions : les aînés canadiens ont-ils tous, partout au pays, le même accès aux biens et aux services, ont-ils les mêmes choix, et l'espérance de vie est-elle la même dans toutes les cultures? Si la réponse est non, alors il y a effectivement une crise.

Je reviens à la politique et aux programmes visant le vieillissement en santé et je vais expliquer en termes généraux pourquoi le Canada doit s'engager à long terme dans une pareille stratégie. Ce n'est pas une solution rapide, mais cette stratégie repose sur un engagement bipartite et est au cœur même des générations futures. Le vieillissement en santé dépend d'une foule de facteurs touchant les individus, les familles et les pays. Nous parlons parfois des personnes âgées comme d'un groupe distinct. Les aînés, comme nous tous qui vieillissons aujourd'hui, font partie d'une collectivité.

Pour concevoir des politiques et des programmes, il nous est utile de comprendre ce qui se cache derrière ces facteurs — situation économique, services de santé et services sociaux, facteurs comportementaux, sociaux, personnels et physiques. Il faut du courage aux gouvernements pour reconnaître les avantages économiques à long terme des programmes et des stratégies visant le vieillissement en santé; mais ces avantages existent.

Nous devons également faire face aux complexités que comporteront inévitablement les normes nationales de service et de qualité. Toutefois, le Canada ne doit pas tolérer que des différences entre les provinces aient un impact négatif sur la santé et le bien-être de nos aînés.

Au Canada, la prévalence des maladies chroniques augmente. En 2005, 91 p. 100 des personnes âgées se disaient atteintes d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques, diagnostiqués par un professionnel de la santé, contre 87 p. 100 en 2000-2001. En 2005, les problèmes chroniques les plus fréquents chez les aînés vivant dans les ménages étaient les suivants : arthrite et rhumatisme, près de 50 p. 100; hypertension artérielle, 45 p. 100; maladies du cœur, 19 p. 100; et diabète, 15 p. 100. Ces problèmes chroniques nécessitent une stratégie pour un vieillissement en santé.

Je suis ravie de dire que le Canada peut s'enorgueillir d'avoir les institutions de recherche les plus impressionnantes, des bureaux gouvernementaux parmi les plus expérimentés et engagés et un secteur non gouvernemental qui travaille en partenariat avec le secteur des entreprises et qui manifeste un intérêt croissant à son égard. Il nous arrive d'avancer dans la même direction, mais en parallèle. Il est temps de s'interconnecter et de viser un but commun.

Canada was one of almost 190 countries to sign onto the United Nations Madrid International Plan of Action on Ageing in 2002. We played an important role in developing that plan. The key priority areas are: older persons and development; advancing health and well-being; and ensuring an enabling environment.

Is it time to consider using this plan as a framework for the future: An important national planning tool that addresses inequities across the provinces and creates the vehicle for social change where older persons will know intuitively that they are one of the keys to healthy and vibrant communities?

In 1999, the IFA convened the fourth global conference in Montreal. At that time, we attracted 1,350 delegates and 50 ministers. From that meeting the Montreal Declaration of the Rights and Duties of Older Persons was born. Together with the United Nations Principles for Older Persons, both these charters remain relevant and should underpin our understanding of strategies in the future.

In 2008, IFA convenes its ninth global conference in Montreal, Canada. We will focus on some of the substantive issues I mentioned today: healthy aging, age discrimination and continuing care. Because IFA wants to add value to Canadians, we want to add value to the development of your policies.

At the same time, Expo Ageing Montreal will be convened for the first time. We will call on designers, architects and planners to come and talk with aging experts. It is the convergence of designing an environment that supports people as they age. It is an ambitious, timely and much needed event in Canada. No time is more urgent than now to improve the quality of life of older people.

The IFA is in a unique international position to gain valuable information on the efficacy of policies and practices, and to be a constant contributor to the lives of older Canadians. The federal government and several provincial jurisdictions are to be commended for their recognition and deep understanding of older persons' needs in the area of emergency preparedness, age-friendly cities and rural and remote communities. These are examples of long-term, responsive strategies. The future of older persons in Canada is our collective community responsibility; not only the responsibility of government. It is the responsibility of people here today in our communities. We are committed to working in partnership in all sectors towards effective and meaningful policies that create service equity and consistency towards a healthy older population now and in the future.

As Secretary-General of the IFA I acknowledge members of the Senate committee and thank you for the opportunity to share our perspective to your commitment.

The Chairman: Thank you very much, and thank you to the whole panel for your excellent presentations this afternoon.

Le Canada a été l'un des quelque 190 pays à signer le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement en 2002. Nous avons joué un rôle important dans l'élaboration de ce plan. Ses principales priorités sont les personnes âgées et le développement, la promotion de la santé et du bien-être et l'assurance d'un milieu favorable.

Le temps est-il venu d'envisager d'utiliser ce plan comme cadre de travail pour l'avenir, un important outil de planification nationale qui s'attaque aux inégalités entre les provinces et qui sert de véhicule aux changements sociaux qui permettront aux personnes âgées de savoir intuitivement qu'elles forment un des éléments clés d'une collectivité saine et dynamique?

En 1999, la FIV a tenu sa quatrième conférence mondiale à Montréal, où elle a attiré 1 350 délégués et 50 ministres. De cette conférence est issue la Déclaration de Montréal sur les droits et obligations des personnes âgées. Ce texte ainsi que la Déclaration des principes pour les personnes âgées des Nations Unies restent pertinents et devraient éclairer notre compréhension des stratégies futures.

En 2008, la FIV tiendra sa neuvième conférence mondiale à Montréal. Nous nous pencherons sur quelques-uns des enjeux que j'ai mentionnés aujourd'hui : le vieillissement en santé, la discrimination fondée sur l'âge et les soins continus. Parce que la FIV veut être profitable aux Canadiens, nous voulons contribuer à l'élaboration de vos politiques.

En même temps, l'Expo Design et Vieillesse aura lieu pour la première fois. Nous inviterons des designers, des architectes et des planificateurs à venir s'entretenir avec des experts du vieillissement. L'objectif est de concevoir un milieu favorable aux personnes à mesure qu'elles vieillissent. Il s'agit d'un événement ambitieux, qui arrive à point et qui est très nécessaire au Canada. Aujourd'hui même, il est urgent d'améliorer la qualité de vie des aînés.

LA FIV se trouve dans une position internationale unique pour obtenir des renseignements précieux sur l'efficacité des politiques et des pratiques et pour contribuer sans cesse à la qualité de vie des Canadiens plus âgés. Le gouvernement fédéral et plusieurs gouvernements provinciaux méritent des félicitations pour avoir reconnu et compris les besoins des personnes âgées pour ce qui est de la préparation d'urgence, des « villes-amies » des aînés et des collectivités rurales et éloignées. Ce sont là des exemples de stratégies à long terme et adaptées. L'avenir des personnes âgées au Canada est notre responsabilité collective, et non seulement la responsabilité des gouvernements. C'est la responsabilité des gens qui sont ici aujourd'hui dans nos collectivités. Nous nous sommes engagés à travailler en partenariat avec tous les secteurs pour la mise en place de politiques efficaces et significatives qui permettront d'offrir des services équitables et cohérents à une population âgée en santé, maintenant et dans l'avenir.

À titre de secrétaire générale de la FIV, je remercie les membres du comité sénatorial de nous avoir donné l'occasion de lui faire part de notre point de vue, dans le cadre de vos travaux.

La présidente : Merci beaucoup, et merci à l'ensemble du groupe de témoins pour les excellents exposés présentés cet après-midi.

Senator Mercer: I appreciate your appearance and your presentations. I have a number of questions.

Ms. Cutler, on page 7 of your presentation, you made reference to the fact that CARP would like to see a band of supplementary income allowed for GIS recipients without any negative impact. It sounds good, except that the GIS is designed to help people with the need for extra income.

If these seniors have the ability to earn supplementary income one way or the other, how does that affect those seniors who have no ability to do that and the GIS is a must for their survival? We are creating two levels of GIS recipients.

Ms. Cutler: Let me point out that people who receive GIS, even those receiving CPP, Old Age Security and GIS are still living below the cut-off line for poverty. They are not making a reasonable amount to ensure quality of life.

That, along with the fact that we have a shortage of younger workers to replace the retiring work force, is an incentive for people to return to the work force to improve their quality of life and also to contribute to the labour market.

We are not asking for a \$50,000 paycheque, but there are people who receive GIS who cannot afford to visit their children in another city or to buy shoes. It is not as though those on GIS are doing well.

Senator Mercer: I appreciate that. You say that many of these people are below the poverty line. We have had difficulty in establishing a definition of what that line is. Many people tell us many different things. One of the accepted lines has been called into question. It is a bit of a moot point.

In the previous government, there was a minister responsible for seniors, and indeed, the minister had some special responsibility for caregivers as well.

Was government on the right track with that minister? Should we return to that? Should there be a minister responsible for seniors with spin-off responsibility for related groups such as caregivers of palliative care?

Ms. Cutler: Yes: We have always asked for a minister responsible for seniors but one with teeth, not as a token gesture.

We had a minister of state who was effective in getting things done. It was a good combination to have caregivers' families and seniors together. It was an appropriate merging of responsibility.

Le sénateur Mercer : Je vous remercie de votre présence et de vos exposés. J'ai un certain nombre de questions.

Madame Cutler, à la page 9 de votre mémoire, vous dites que la CARP aimerait que les bénéficiaires du SRG aient le droit de toucher un revenu supplémentaire sans que cela ait une incidence négative sur leur supplément de revenu garanti. C'est très bien, sauf que le SRG est conçu pour aider les gens qui ont besoin d'un revenu supplémentaire.

Si ces personnes âgées peuvent gagner un revenu supplémentaire d'une façon quelconque, en quoi cela touche-t-il les personnes âgées qui n'ont pas cette capacité et dont la survie dépend du SRG? Nous créons deux niveaux de bénéficiaires du SRG.

Mme Cutler : Permettez-moi de souligner que les gens qui reçoivent le SRG, même les bénéficiaires du RPC, de la Sécurité de la vieillesse et du SRG, vivent encore en dessous du seuil de pauvreté. Leur revenu n'est pas suffisant pour leur assurer une qualité de vie.

Cette situation, conjuguée au fait que nous avons une pénurie de jeunes travailleurs pour remplacer ceux qui prennent leur retraite, incite les gens à retourner travailler pour améliorer leur qualité de vie et contribuer aussi au marché du travail.

Nous ne demandons pas un chèque de paie de 50 000 \$, mais il y a des gens qui reçoivent le SRG qui n'ont pas les moyens de visiter leurs enfants dans une autre ville ou de s'acheter des souliers. Ce n'est pas comme si les bénéficiaires du SRG étaient très prospères.

Le sénateur Mercer : Je comprends cela. Vous dites qu'un grand nombre de personnes se trouvent sous le seuil de pauvreté. Nous avons eu des problèmes à définir ce qu'est le seuil de pauvreté. Une foule de personnes nous disent une foule de choses différentes. Un des seuils couramment acceptés a été remis en question. C'est un sujet un peu controversé.

Dans le gouvernement précédent, il y avait un ministre responsable des personnes âgées, qui avait aussi une responsabilité spéciale à l'égard des soignants.

Le gouvernement était-il alors sur la bonne voie? Devrions-nous rétablir ce poste? Devrions-nous avoir un ministre responsable des aînés, qui aurait des responsabilités sous-jacentes à l'égard d'autres groupes comme les responsables des soins palliatifs?

Mme Cutler : Oui. Nous avons toujours demandé qu'un ministre soit responsable des personnes âgées, mais quelqu'un qui aurait un pouvoir réel, et non qui occuperait un poste symbolique.

Nous avions un ministre d'État qui savait comment obtenir des résultats. C'était une bonne chose de réunir les soignants naturels et les personnes âgées. C'était une fusion appropriée de responsabilités.

However, we do not see seniors on the radar screen at the moment. Even the Ontario Seniors' Secretariat does not seem active. We are hoping the seniors' council that was promised will be announced at some point in the near future.

Senator Mercer: Mr. Frost, you made reference to the desire to have a seniors' bill of rights. Do we have a sample, template or model we could base that on from some other jurisdiction that would be useful to us as a place to begin the discussion?

Mr. Frost: I do not have one with me, but I would be pleased to provide what we see as a seniors' bill of rights, if you provide us the time to accomplish that.

Senator Mercer: That would be helpful and provide us with a concept of something we could develop. We do not need to rely exclusively on your recommendations. If you have a template or a sample, that would be helpful.

In your recommendation, one of them consists of access of NGOs such as the Legion to revolving equity funds to provide gap fund financing for affordable support of housing projects. I like the idea of non-governmental agencies such as the Legion and others being involved in providing housing. Obviously, this is not something new.

First, how did CMHC respond to this recommendation? How has Veterans Affairs Canada responded to this recommendation? You are in a special category of dealing with Veterans Affairs Canada as well as CMHC.

Pierre Allard, Director, Service Bureau, The Royal Canadian Legion: We have mailed in these two recommendations, which are part of a resolution we passed at our last convention. These letters were mailed out last month. We are expecting results from both agencies. We also hope to meet with CMHC to discuss more in depth this recommendation, which is important to us.

Senator Mercer: I encourage you, as you go through that process and receive a response from CMHC, to keep us in the loop to help us understand what is happening. We have had representations from CMHC already. As we have other witnesses, that will be helpful. What about Veterans Affairs Canada?

Mr. Frost: We have had informal discussions with Veterans Affairs Canada. They have been receptive to the idea as a matter of having it entrenched in policy and who would be responsible for what. We are still a ways from having a hard copy that I can provide to you, but they are looking at the idea favourably.

Senator Keon: Thank you very much for taking your time to come here and help us deal with this problem.

One thing I confronted in my occupation before becoming a full-time senator was, when people reached the age of retirement, frequently they had tremendous abilities. One would like to have hired them back in some capacity, but they would say they could

Toutefois, les aînés ne sont pas sur les écrans radars à l'heure actuelle. Même le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario ne semble pas très actif. Nous espérons que la création du conseil des personnes âgées qui avait été promise sera annoncée dans un proche avenir.

Le sénateur Mercer : Monsieur Frost, vous avez dit qu'il serait souhaitable d'avoir une déclaration des droits des personnes âgées. Avons-nous un exemple ou un modèle d'un autre gouvernement qui pourrait nous aider à amorcer le débat?

M. Frost : Je n'en ai pas ici, mais je serais ravi de vous remettre une déclaration des droits des personnes âgées telle que nous la concevons, si vous nous donnez le temps de le faire.

Le sénateur Mercer : Ce serait utile et nous aurions ainsi un concept que nous pourrions élaborer. Nous ne devons pas nécessairement nous en remettre exclusivement à vos recommandations. Si vous avez un exemple, ce serait utile.

Vous recommandez, entre autres, que les ONG comme la Légion aient accès à un fonds renouvelable pour pouvoir offrir un financement complément du capital afin de soutenir des projets d'habitation. J'aime l'idée que des organismes non gouvernementaux, comme la Légion et d'autres, s'occupent de logements. Évidemment, ce n'est rien de nouveau.

Tout d'abord, comment la SCHL a-t-elle réagi à cette recommandation? Quelle a été la réaction d'Anciens combattants Canada? Vous vous trouvez dans une catégorie spéciale puisque vous avez affaire à la fois avec Anciens combattants Canada et la SCHL.

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide, Légion royale canadienne : Nous avons envoyé ces deux recommandations, qui font partie d'une résolution adoptée lors de notre dernier congrès. Ces lettres ont été mises à la poste le mois dernier. Nous attendons les réponses des deux organismes. Nous espérons également rencontrer des responsables de la SCHL pour discuter plus en détail de cette recommandation, qui est importante pour nous.

Le sénateur Mercer : À mesure que vous avancerez dans cet exercice et que vous aurez une réponse de la SCHL, je vous encourage à nous tenir au courant pour nous aider à comprendre ce qui se passe. Nous avons déjà reçu des représentants de la SCHL. Comme nous entendrons d'autres témoins, cela sera utile. Qu'en est-il d'Anciens combattants Canada?

M. Frost : Nous avons eu des discussions informelles avec des représentants de ce ministère. Ils se sont montrés réceptifs à l'idée et se demandent comment elle pourrait être insérée dans leur politique et qui serait responsable de quoi. Nous sommes encore bien loin d'avoir un document concret à vous remettre, mais ils examinent cette idée favorablement.

Le sénateur Keon : Merci beaucoup de prendre le temps de venir ici et de nous aider à examiner ce problème.

Une chose que j'ai vue avant de devenir sénateur à temps plein, c'est que lorsque les gens atteignent l'âge de la retraite, ils ont bien souvent des compétences extraordinaires. On aimerait les réembaucher, mais ils disent qu'ils ne pourraient pas retourner

not go back because it interfered with their pensions and it put them in a different tax category. It is financially negative to go back at say a fee of \$25,000 a year.

How do you deal with that? Could you recommend something that would deal with that?

Ms. Cutler: As I stated in my presentation, we have a tax system where people pay taxes based on their income.

I am in the situation now where I recently turned 65. I am collecting my pension, OAS and CPP, and I am working. I do not have enough to retire, but it is putting me in another tax bracket. Therefore, I am paying a lot of taxes and trying to decide whether I should take a month off. What do I do? It is a real dilemma.

I think we need a comprehensive review of the pension system in light of today's reality. These programs and policies were developed at a time when people's lifestyles and work habits were less than today. When 65 was declared the age of retirement, most people did not even live that long. We need to look at retirement from a contemporary perspective in terms of needs, and not only of the individual but of society as a whole. If we have a shortage of workers, how are we improving the situation by making it not practical for people to continue working?

Mandatory employment is not the way to go in our view because people should have choice. However, instead of tinkering with changes here and there, we should look at the whole system in a holistic and integrated perspective.

I want to introduce Taylor Alexander, my colleague and a consultant at CARP.

Senator Keon: Can someone expand on this a little bit because I suspect you are at a point of losing some of your pension if you keep working, correct?

Ms. Cutler: Yes.

Senator Keon: Let us have an opinion, suggestions or something. Should the CPP be sacred so that when seniors go back into the work force, they are not killing themselves financially, where they need to make \$20,000 for the \$10,000 they are losing on the pension? Can you think of a suggestion?

Ms. Barratt: Perhaps we can look at it from a different perspective. First, there are the labour market shortages, which we know will occur, if not right now, in Canada. There are also the issues for a proportion of older people who, when they retire, are not part of the community because they are not viewed as productive and able. We have the sociological and community aspects and, from what Ms. Cutler expressed today, we have some inflexible systems that were born in an era much before what we are dealing with now. I agree the issue needs a separate comprehensive review, keeping in mind that we have inflexibility

travailler parce que leur salaire interférerait avec leur pension et ils se retrouveraient dans une catégorie fiscale différente. Sur le plan financier, il n'est pas avantageux de retourner travailler pour un salaire de 25 000 \$ par année.

Comment composer avec ce problème? Pourriez-vous recommander une solution?

Mme Cutler : Comme je l'ai dit dans mon exposé, notre régime fiscal fait en sorte que les gens payent des impôts en fonction de leur revenu.

Je viens d'avoir 65 ans. Je touche ma pension, la SV et les prestations du RPC, et je travaille. Je n'ai pas assez d'argent pour prendre ma retraite, mais je me trouve dans une autre fourchette d'imposition. Je paye donc beaucoup d'impôt et je me demande si je dois prendre un mois de congé. Que dois-je faire? C'est un véritable dilemme.

Je crois qu'il faut revoir complètement le système de pension en tenant compte de la réalité d'aujourd'hui. Ces programmes et ces politiques ont été élaborés à une époque où le style de vie et les habitudes de travail des gens étaient inférieurs à aujourd'hui. Lorsque l'âge de la retraite a été fixé à 65 ans, la plupart des gens ne vivaient même pas jusqu'à cet âge. Nous devons examiner la retraite en tenant compte des besoins d'aujourd'hui, non seulement des individus mais de l'ensemble de la société. Si nous avons une pénurie de main-d'œuvre, comment améliorerons-nous la situation si nous faisons en sorte qu'il ne soit pas préférable de continuer de travailler?

À notre avis, l'emploi obligatoire n'est pas la solution parce que les gens doivent avoir le choix. Toutefois, au lieu de concocter des changements ici et là, nous devrions examiner l'ensemble du système dans une perspective globale et intégrée.

J'aimerais vous présenter Taylor Alexander, mon collègue et un consultant à la CARP.

Le sénateur Keon : Quelqu'un pourrait-il approfondir davantage cette question, parce que je soupçonne que vous êtes sur le point de perdre une partie de votre pension si vous continuez de travailler, n'est-ce pas?

Mme Cutler : Oui.

Le sénateur Keon : J'aimerais avoir une opinion, des suggestions, quelque chose. Le RPC devrait-il être sacré de sorte que, lorsque des personnes âgées retournent sur le marché du travail, elles ne le font pas à perte, lorsqu'elles doivent faire 20 000 \$ pour compenser la perte de pension de 10 000 \$? Avez-vous une suggestion?

Mme Barratt : Nous pourrions peut-être regarder la chose d'un point de vue différent. Tout d'abord, il y a les pénuries de main-d'œuvre qui, nous le savons, vont se produire ou se produisent déjà au Canada. Par ailleurs, il y a un pourcentage de personnes âgées qui, lorsqu'elles prennent leur retraite, ne font pas partie de la collectivité parce qu'elles ne sont pas considérées comme étant productives et capables. Nous avons les aspects sociologiques et communautaires à considérer et, à la lumière de ce que Mme Cutler a dit aujourd'hui, nous avons des systèmes rigides, hérités d'une époque bien antérieure aux problèmes que

in terms of people not being able to be supported financially in their older age. One of the fears of older people is not having enough money. Yet, we have a system that is intransigent at the moment, and then we have the labour market shortage. This issue is a symptom of other changes going around it.

We are saying that this is how it is, but we are trying to deal with these other variables. We need to confront the inflexibility of the system, particularly based on some important social changes that are occurring in the demographics.

Senator Keon: Is there a need for a redesign of the pension system to fit in the professional lives of seniors so that they can go on working without suffering the penalty of a loss of one or the other pension?

Ms. Barratt: Certainly. Pension reform and design has been occurring in many other developed countries because of this issue. Other governments have tackled it because of what they are experiencing, similar to Canada.

Mr. Allard: As a note of caution, however, some people who were in the work force had a certain expectation of when they could retire and what package would be available. Anything that is framed in the future should preserve the rights of the people that were in the system today.

Mr. Frost: There is an old adage that a picture is worth a thousand words, but an experience is worth a thousand pictures. The country is losing a whole myriad of experience out there because people have met the mandatory retirement age and they must go off into the sunset. If those individuals want to continue to work, they should be allowed to do so.

As you said about the pension, the mandatory contributions to CPP and Employment Insurance should be deferred. Minor tweaking could be done that would be beneficial to allowing these seniors to continue to contribute to society.

[Translation]

Senator Chaput: You stated in your presentation that you would be recommending, among other things, that a federal-provincial-territorial program be implemented to promote the advantages of hiring older workers and of integrating them into the work force.

What type of federal-provincial program would you like to see in place? Would it take into consideration the three generations of seniors, if I can use that expression?

First, we have the baby boomers who are nearing retirement age and who may not necessarily want to retire, either because they are not financially prepared to do so, or because they want to continue working.

nous avons aujourd'hui. Je suis d'accord pour dire qu'une étude globale et distincte doit être menée sur la question, en gardant en tête qu'il y a un manque de souplesse quand on pense aux gens qui ne peuvent pas avoir de soutien financier dans leur vieillesse. L'une des craintes des aînés est de ne pas avoir assez d'argent. Or, notre système est intransigent à l'heure actuelle et nous connaissons une pénurie de main-d'œuvre. Le problème est un symptôme d'autres changements connexes.

Nous disons que les choses sont ainsi, mais nous essayons de composer avec ces autres variables. Nous devons faire face à la rigidité du système en tenant compte tout particulièrement des changements sociaux et démographiques importants qui sont en train de se produire.

Le sénateur Keon : Doit-on reconcevoir le système de pension en fonction de la vie professionnelle des personnes âgées, pour qu'elles puissent continuer de travailler sans être pénalisées par la perte d'une pension quelconque?

Mme Barratt : Certainement. De nombreux autres pays développés ont procédé à la réforme de leur régime de pension à cause de ce problème. D'autres gouvernements s'y sont attaqués à cause des problèmes qu'ils connaissent, qui sont semblables à ceux du Canada.

M. Allard : J'aimerais toutefois faire une mise en garde. Certaines personnes qui faisaient partie du marché du travail avaient prévu d'une certaine façon le moment où elles allaient pouvoir prendre leur retraite et les prestations qui leur seraient offertes. Tout ce que nous allons concevoir dans l'avenir doit préserver les droits des gens qui sont dans le système aujourd'hui.

M. Frost : On dit qu'une image vaut mille mots, mais l'expérience vaut mille images. Le pays est en train de perdre une expérience riche et diversifiée parce que les gens ont atteint l'âge de retraite obligatoire et doivent tirer leur révérence. Si ces personnes souhaitent continuer à travailler, il faut leur permettre de le faire.

Comme vous l'avez dit au sujet de la pension, les contributions obligatoires au RPC et au Régime d'assurance emploi doivent être reportées. De légères modifications pourraient être apportées pour permettre à ces aînés de continuer de contribuer à la société.

[Français]

Le sénateur Chaput : Dans votre présentation, vous avez dit qu'une de vos recommandations serait la mise en œuvre d'un programme fédéral-provincial-territorial qui permette de valoriser davantage les travailleurs plus âgés et de les intégrer dans la main d'œuvre.

Dans cette optique, comment verriez-vous un tel un programme fédéral-provincial? Prendrait-il en considération les trois générations d'aînés, si je puis les appeler ainsi?

Dans un premier temps, nous avons les « baby boomers », qui arrivent à l'âge de la retraite et qui ne veulent pas nécessairement se retirer. Soit qu'ils ne sont pas prêt financièrement, ou qu'ils désirent continuer à travailler.

Next, we have the seniors who are already retired and who, in many cases, live below the poverty line or are socially isolated.

Finally, we have those in need of care. You mentioned informal caregivers and palliative care.

As I see it, there are three different clienteles, so to speak. Would the federal-provincial program be designed to address the needs of each client group? Would the program take into account persons nearing retirement and seek to encourage them to continue working so as to meet existing labour requirements in Canada? As we all know, many jobs cannot be filled.

Can you explain to me what kind of federal-provincial program you have in mind?

[Translation]

Senator Chaput: Yes. Are you referring to transferring skills from one field to another?

Ms. Cutler: Yes.

Senator Chaput: It is a possibility, but for now, the system does not allow this. Attitudes would have to change.

My next question is for Mr. Frost or Mr. Allard. At the close of your presentation, you mentioned a past Industry Canada program which involved distributing computers to different organizations, including the Royal Canadian Legion. You also talked about nursing homes for the elderly. When the program was still in operation, did you receive any computers to be donated to nursing homes? Would you like this program to be reinstated?

Mr. Allard: When the program was operational, some branches had received computers. Unfortunately, the Industry Canada program was not operational nationwide. Some provinces chose not to come on board. Computers were not donated to long-term care facilities. We would like to see the program expanded to include such facilities.

Senator Chaput: An idea came to my mind when you mentioned this program and I would like to know what you think about it. I can envision common rooms in nursing homes equipped with computers. I can see a sick grandmother able to keep in touch with her granddaughter in Australia. I can imagine different generations staying in touch with the help of computers.

Mr. Allard: Indeed, but computers could also be a useful tool in terms of providing information about the services and benefits available from various federal or provincial departments. The idea of a single portal was also suggested. Experiments are currently under way in Ontario. For example, seniors could, using a single portal, get answers to their questions about direct deposit

Nous avons les aînés qui sont déjà à la retraite et qui, dans bien des cas, vivent sous le seuil de la pauvreté ou dans l'isolement social.

Enfin, nous avons ceux qui ont besoin de soins. Vous avez parlé des aidants naturels et des soins palliatifs.

D'après moi, ce sont les trois différentes clientèles, si je puis les appeler ainsi. Le programme fédéral-provincial serait-il conçu en fonction de chaque clientèle? Est-ce que vous considéreriez les personnes qui arrivent à la retraite, en tentant de les valoriser s'ils désirent continuer à travailler et les intégrer pour répondre aux besoins existants en matière d'emploi au Canada? Nous savons que plusieurs emplois ne sont pas comblés.

Pourriez-vous m'expliquer ce que vous entendez par un genre de programme fédéral-provincial?

[Français]

Le sénateur Chaput : Oui. On parle du transfert de compétences d'un champ à un autre?

Mme Cutler : Oui.

Le sénateur Chaput : C'est possible, mais présentement, le système ne le permet pas. Cela prendrait un changement d'attitude.

Mon autre question s'adresse à messieurs Frost ou Allard. À la fin de votre présentation, vous parlez du programme d'Industrie Canada qui, auparavant, distribuait des ordinateurs à différents organismes, dont la Légion royale canadienne. Vous avez aussi parlé de foyers de soins personnels pour les personnes âgées. Lorsque ce programme existait, avez-vous reçu des ordinateurs pour les foyers de personnes âgées ou vous parliez d'un souhait de voir ce programme revenir?

M. Allard : Quand le programme était en place, on avait reçu les ordinateurs dans les filiales. Malheureusement, cela ne se faisait pas à la grandeur du pays, parce que des provinces ne participaient pas au programme d'Industrie Canada. C'était au choix des provinces. Les ordinateurs ne sont pas allés dans les institutions de soins de longue durée. On aimerait que le programme soit élargi pour offrir l'option d'installer ces ordinateurs dans les institutions de soins de longue durée.

Le sénateur Chaput : Une idée m'est venue lorsque vous parliez de ce programme — et vous me direz ce que vous en pensez. Je voyais des salles communautaires dans des foyers équipées avec des ordinateurs. J'imaginai une grand-mère malade, mais qui pouvait communiquer avec sa petite-fille qui demeure en Australie. J'y vois un lien intergénérationnel qui pourrait être maintenu par l'entremise des ordinateurs.

M. Allard : Entre autres, mais cela pourrait être utile pour se renseigner sur les services et bénéfices disponibles dans différents ministères fédéraux ou provinciaux. On a aussi suggéré un portail unique. Des expériences ont lieu actuellement en Ontario. Par exemple, pour la demande de dépôt direct du remboursement de la TPS, les aînés devraient pouvoir trouver des réponses en utilisant

of GST refunds, thus saving them the trouble of having to telephone different federal government agencies to obtain needed information.

[English]

Ms. Cutler: We need a program, but it must be at different levels of government because education is one part; pensions are another part; and training, retraining and upgrading are another part. When someone reaches a certain age, employers tend to think, "They did this, so they cannot do that." I know from my own experience because I used to work in the arts and I am now working in advocacy. It was not easy to make the switch — not for me, but for the employers who could not make that leap. We need to provide incentives for employers to train and retrain, and be a bit more creative in terms of developing a work force. We need programs that bring young and old together in intergenerational kinds of activity such as education and training sharing.

We need pension reform to provide incentives for older people to come back or stay in the workforce; part time, temporary or whatever it takes. We must create a program that changes the mindset that when you reach a certain age you are out in the pasture. If employers feel that way and treat older workers that way, the workers themselves start believing it is true. When they are given opportunities to show that they can contribute, it is a fantastic thing.

There is a case that we know of where an older person was given a chance to volunteer and talked about his IQ improving. It was not improving; he was given a chance to expand his experience and to share his innate ability to contribute.

I am not sure if that answers the question. We must think outside the box and give people an opportunity to expand. As with children, this expansion should be a lifelong experience. People are not stuck in the niche that was created for them because they are at a different time of life.

[English]

Senator Cordy: I would like to follow up on that one-stop shopping, because I have seen lists of government programs for seniors, and I think most of us would be challenged to find how to go from point A to point Z. How can we streamline government services particularly, but services overall for seniors? You suggested one-stop shopping. In Nova Scotia we have Access Nova Scotia where they can go and have many services delivered. Can you expand on that a little bit?

un guichet unique et ne plus avoir à téléphoner à différentes agences du gouvernement fédéral pour obtenir ce qu'elles désirent.

[Traduction]

Mme Cutler : Il nous faut un programme, mais à différents niveaux de gouvernement puisque l'éducation est une partie, les pensions en sont une autre, et la formation, le recyclage et le perfectionnement en sont une autre. Lorsqu'une personne atteint un certain âge, les employeurs ont tendance à penser : « Elle a fait ceci, alors elle ne peut pas faire cela. » Je le sais d'après ma propre expérience, puisque j'ai travaillé dans le domaine des arts et je travaille maintenant dans la défense d'une cause. La transition a été difficile — pas pour moi, mais pour les employeurs qui ne pouvaient pas faire le saut. Il faut offrir des incitatifs pour que les employeurs se forment et se recyclent et pour qu'ils soient un peu plus créatifs dans le développement de la main-d'œuvre. Il nous faut des programmes qui rassembleront jeunes et vieux dans des activités de type intergénérationnel, comme une éducation et une formation communes.

Il faut réformer le régime de pension pour encourager les aînés à retourner ou à rester sur le marché du travail, que ce soit à temps partiel, sur une base temporaire, peu importe ce qu'il faut. Nous devons créer un programme qui change la mentalité des gens qui croient qu'on n'est plus dans le coup quand on atteint un certain âge. Si les employeurs croient cela et traitent les travailleurs plus âgés de cette façon, les travailleurs eux-mêmes commencent à croire que c'est vrai. Lorsqu'on leur donne la possibilité de montrer qu'ils peuvent apporter leur contribution, c'est fantastique.

Nous connaissons une personne âgée qui a eu la chance de faire du bénévolat et qui disait que son quotient intellectuel s'était amélioré. Il n'y avait pas eu d'amélioration sur ce plan; on lui a simplement donné la chance d'enrichir son expérience et de mettre son talent inné à contribution.

Je ne sais pas si cela répond à la question. Nous devons élargir notre vision et donner aux gens la chance de s'épanouir. Comme chez les enfants, cet épanouissement devrait être une expérience qui a lieu tout au long de la vie. Les gens ne sont pas renfermés dans un compartiment qui a été créé pour eux parce qu'ils se trouvent à un moment différent de leur vie.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : J'aimerais parler davantage de ce guichet unique, parce que j'ai vu des listes de programmes gouvernementaux destinés aux personnes âgées, et je crois que la plupart d'entre nous auraient de la difficulté à s'y retrouver. Comment pouvons-nous simplifier les services gouvernementaux en particulier, mais aussi les services offerts en général aux personnes âgées? Vous avez suggéré un guichet unique. En Nouvelle-Écosse, les gens peuvent s'adresser aux centres Access Nova Scotia, qui offrent de nombreux services. Pouvez-vous en dire un peu plus sur ce sujet?

Mr. Frost: I have experienced this problem, and today if I want to research what is available for my parents, for example, it is a nightmare working through all the intricacies of knowing what is out there and available. If we had one-stop shopping, a single portal of entry, we would have federal, provincial and municipal programs that are available.

The biggest stop measure here seems to be the lack of cooperation between the federal and provincial governments. As Mr. Allard said, we have a program in Ontario that is successful only in one small community. We have talked to other communities to try and interest them to come on board. We were not unsuccessful, but trying to interest people in the benefits of one-stop shopping is difficult.

Senator Cordy: What is the community in which it is working well?

Mr. Frost: Brockville.

Ms. Barratt: I have had experience at the coal face with one-stop shops, and there are cautionary notes about how we update one-stop shops and determine what quality service is versus varying qualities of service. We also know that information is only good at the time we need it. How do we access that information at that time?

The other cautionary note is the language we use. The language across Canada is different in the terms we use: Long-term care, community care and in-home care are all different and mean different things to different people. That caution is not even going down the track of different cultures and what words mean in different cultures.

Therefore, while it is working successfully in a community, there is a good reason; because it is a small community. In a small community there is more ownership around this one-stop shop working. I have had experiences with one-stop shops on a national basis, and they fall short from this relationship that we have with one another, knowing where the services are and where a good service is. In theory, we need to look at it, and there are some cautionary notes around it.

Senator Cordy: Have you seen any national programs that are working well?

Ms. Barratt: I know of national programs that have a track record of about five or six years.

Mr. Allard: The single portal needs to be designed carefully. If it is a single portal for seniors then you may need a larger type font and a simpler approach. Surely the single portal is easier than navigating the numerous stops that Mr. Frost refers to where one must phone four different numbers in a federal program for an answer. That is not logical.

Senator Cordy: You want a real person answering the phone, do you not?

Mr. Frost: That would be nice.

M. Frost : J'ai connu ce problème, et aujourd'hui si je veux faire une recherche sur les programmes offerts à mes parents, par exemple, c'est un cauchemar d'essayer de défricher toutes les subtilités et de savoir quels sont ces programmes. Si nous avions un guichet unique, un portail unique, nous aurions du même coup les programmes fédéraux, provinciaux, et municipaux qui sont offerts.

La plus grande entrave ici semble être le manque de collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Comme M. Allard l'ai dit, il y a un programme en Ontario qui a du succès seulement dans une petite collectivité. Nous nous sommes adressés à d'autres collectivités pour les inciter à emboîter le pas. Nous n'avons pas réussi, mais il est difficile de faire comprendre aux gens les avantages d'un guichet unique.

Le sénateur Cordy : À quel endroit le programme fonctionne-t-il bien?

M. Frost : À Brockville.

Mme Barratt : J'ai vécu l'expérience des guichets uniques sur le terrain, et je dois faire une mise en garde sur la façon dont nous mettons à jour les guichets uniques et comment nous définissons un service de qualité par rapport à différentes qualités de service. Nous savons aussi que l'information n'est bonne qu'au moment où nous en avons besoin. Comment accéder à cette information à ce moment-là?

L'autre mise en garde que je ferai porte sur le langage que nous utilisons. Les soins à long terme, les soins communautaires et les soins à domicile sont tous différents et veulent dire des choses différentes pour différentes personnes. Cette mise en garde ne tient même pas compte des différentes cultures et du sens qu'ont ces mots dans différentes cultures.

Par conséquent, le programme fonctionne bien à un endroit, et ce pour une bonne raison : il s'agit d'une petite collectivité. Dans une petite communauté, on s'approprie davantage le succès du guichet unique. Je me suis occupée de guichets uniques à l'échelle nationale, et ils n'ont rien à voir avec cette relation mutuelle qu'on a quand on sait où les services se trouvent et où un bon service est rendu. En théorie, nous devons examiner cela, et il y a certaines mises en garde à cet égard.

Le sénateur Cordy : Avez-vous vu des programmes nationaux qui fonctionnent bien?

Mme Barratt : Certains programmes nationaux existent depuis environ cinq ou six ans.

M. Allard : Le portail unique doit être bien conçu. S'il est destiné à des personnes âgées, un plus gros caractère et une approche simplifiée seraient peut-être de mise. Utiliser un portail unique est certainement plus facile que de s'adresser aux nombreux guichets dont M. Frost a parlé, lorsqu'on doit téléphoner à quatre endroits différents à l'intérieur d'un programme fédéral pour obtenir une réponse. Ce n'est pas logique.

Le sénateur Cordy : Vous voulez qu'une vraie personne réponde au téléphone, n'est-ce pas?

M. Frost : Ce serait bien.

Ms. Barratt: Often the family looks for the services and navigates for the services. I am the baby-boomer but I am sourcing the services for my parents. It is a relationship we need to understand.

Ms. Cutler: I agree with what has been said, but we must go beyond the current silos of services. If the one-stop shopping is not the way, we must find another way. For example, for caregivers it is a nightmare to navigate the system and they hear things by chance if they are lucky. There is no integration amongst services. Often they must choose which one is more important and often they need both or more.

Senator Cordy: We have heard of silos within given levels of government and, as someone said earlier, trying to break down the silos between the levels of government is also a challenge.

I want to talk about home care initiatives that are working and those that are not working and whether you think we need a national home care strategy. The Legions have been promoting the VIP program. It started because there was no room for people in the hospital. Once people were on the VIP program, there was room in the hospital but they said, "Thanks but no thanks; we prefer to stay in our homes." I think most seniors prefer that. From a financial perspective, it is much cheaper and it keeps people happier.

When we made our health care report, we looked at the home care program in New Brunswick. I had an opportunity to go to the Yukon and they had good seniors' programs there. Do you know of countries that have a national home care strategy that is working well?

Ms. Barratt: I was intimately involved with a national home care program that was equitable across the provinces. The program had national standards that were met through consensus with the provinces and had accreditation with the approved providers. Services ranged from community-aged care packages — packages of care that were worked out with the person receiving the care and their family in the home — right up to what were called "EACH" packages, or Extended Aged Care in the Home. Those packages were more detailed and had intensive nurse care. I am aware of and have been closely involved with national programs that have a track record of 15 years. They extended to rural and remote areas, the indigenous population and culturally specific programs called culturally and linguistically diverse — CALD — programs in different languages. I would be happy to share that with the committee at a later date.

The Chairman: What country are you referring to?

Ms. Barratt: My accent gives me away. It is Australia. I was intimately involved with delivering the program and creating it. I would be happy to share it with you.

Mme Barratt : Bien souvent, ce sont les membres de la famille qui font la recherche pour connaître les services offerts. Je suis un enfant du baby boom, mais c'est moi qui trouve les services pour mes parents. C'est une relation que nous devons comprendre.

Mme Cutler : Je conviens de ce qui a été dit, mais nous devons aller au-delà du cloisonnement actuel des services. Si le guichet unique n'est pas la solution, nous devons en trouver une autre. Par exemple, il est difficile pour les soignants de naviguer dans le système et ils apprennent des choses par hasard s'ils ont de la chance. Les services ne sont pas intégrés. Bien souvent, ils doivent choisir lequel est le plus important alors qu'ils auraient besoin de plusieurs services.

Le sénateur Cordy : On a parlé des cloisonnements à l'intérieur de certains niveaux de gouvernement et, comme quelqu'un l'a dit tout à l'heure, essayer d'abolir les cloisonnements entre les niveaux de gouvernement est aussi un défi.

J'aimerais parler des initiatives visant les soins à domicile qui fonctionnent et de celles qui ne fonctionnent pas et vous demander si vous croyez qu'une stratégie nationale dans ce domaine est nécessaire. Les Légions ont fait la promotion du programme PAAC. Ce dernier a vu le jour parce qu'il n'y avait plus de place dans les hôpitaux. Lorsque les gens ont adhéré à ce programme, des places se sont libérées dans les hôpitaux, mais ils ont dit : « Non merci; nous préférons rester chez nous. » Je crois que c'est ce que préfèrent la plupart des aînés. D'un point de vue économique, c'est beaucoup moins coûteux, et les gens sont plus heureux.

Lorsque nous avons rédigé notre rapport sur les soins de santé, nous avons examiné le programme de soins à domicile du Nouveau-Brunswick. J'ai eu l'occasion de me rendre au Yukon, où il y avait de bons programmes pour les aînés. À votre connaissance, y a-t-il des pays qui ont une stratégie nationale de soins à domicile qui fonctionne bien?

Mme Barratt : Je me suis personnellement occupée d'un programme national de soins à domicile qui était équitable dans toutes les provinces. Le programme était assorti de normes nationales qui avaient été fixées par consensus avec les provinces, et les fournisseurs de soins étaient accrédités. Parmi les services offerts, il y avait différentes formules de soins communautaires offertes aux personnes âgées — un plan qui était décidé avec la personne recevant les soins à domicile et sa famille — ou encore des formules de soins prolongés à domicile. Celles-ci étaient plus détaillées et comportaient des soins infirmiers intensifs. Je suis au courant et je me suis occupée de près de certains programmes nationaux qui existent depuis 15 ans. On les a élargis pour les offrir aux régions rurales et éloignées, à la population indigène et à des groupes culturels et linguistiques divers, dans différentes langues. Je serais ravie d'en parler davantage avec le comité une autre fois.

La présidente : De quel pays parlez-vous?

Mme Barratt : Mon accent me trahit. C'est l'Australie. Je me suis occupée de près de la prestation et de la création du programme. Je serais ravie de vous faire part de mon expérience.

Ms. Cutler: Taylor Alexander is an expert in this area so I will pass this question to him. We want to see a national home care program that includes chronic care — that is, one not limited to acute care — and community care and is not limited to medical care. At the moment, that is what we have and it is up to the discretion of provinces. We are seeing cutbacks everywhere.

Taylor Alexander, Consultant in Aging Policy and Continuing Care, Canadian Association for the Fifty-Plus, CARP: Every province and the territories have different home care programs all with different eligibility programs, different levels of care, different amounts of care, and so forth. The different programs create a patchwork quilt across the country. We have advocated for a national home care program with standards and with the provision of core services comparable from province to province, and so on.

Having said that, perhaps the weakest link in the chain of home care services across the country is the provision of home support services and the level of service that are provided primarily by non-professional or paraprofessional workers that provide most of the paid home care services in the country. This particular cadre of individuals are perhaps the lowest paid, work with the fewest benefits, often pay for their own training, in some provinces pay their own travel expenses, and so on. Yet these people are relied upon to provide the bulk of home care services. That is why my colleague mentioned, in terms of the provision of chronic home care, that these individuals provide the bulk of home care services. It is critical that this group of individuals be an integral component of a national home care program. When we think of home care, we tend to think of professional services but paraprofessionals are the bedrock of the home care programs. We strongly suggest that issue be given attention.

There is an urgent need for a national human resources strategy in home care across the country because the supply and distribution of home care workers varies tremendously across the country. Many provinces are recruiting from out of country to try to enlist home care workers in Canada. That supply and distribution is critical to an equitable provision of services across the country within the home care sector itself.

Senator Keon: I want to ask a supplemental question. What you describe would be wonderful if it could be constructed. However, I would like to take you to the payer for such a service. I assume the core services that you are talking about would be paid by the single payer, the same as in health care now. That is, 70 per cent of essential services are paid by the government as payer if the service is listed as essential. I suspect a large number of necessary services would not be defined as essential and would not be covered by the government payer. How do you suggest that these services be covered?

Mme Cutler : Taylor Alexander est un expert en la matière, alors je vais lui demander de répondre à cette question. Nous voulons que soit implanté un programme national de soins à domicile qui comprenne les soins aux malades chroniques — c'est-à-dire qui ne se limite pas aux soins de courte durée — ainsi que les soins communautaires, c'est-à-dire qui ne se limite pas aux soins médicaux. C'est ce que nous avons à l'heure actuelle, et ces services sont offerts à la discrétion des provinces. Des compressions sont effectuées partout.

Taylor Alexander, consultant en politique sur le vieillissement et en soins continus, Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP) : Les provinces et les territoires ont des programmes différents de soins à domicile qui comportent différents critères d'admissibilité, différents niveaux de soin, différentes quantités de soin, etc. Cette diversité crée un véritable méli-mélo au pays. Nous avons plaidé en faveur d'un programme national de soins à domicile dont les normes et la prestation des services essentiels seraient comparables d'une province à l'autre, et ainsi de suite.

Cela étant dit, le maillon le plus faible dans la chaîne des services de soins à domicile au pays, c'est la prestation des services de soutien à domicile ainsi que le niveau de services rendus principalement par des travailleurs non professionnels ou paraprofessionnels, lesquels fournissent la plupart des services rémunérés de soins à domicile au pays. Ce groupe particulier de personnes est peut-être le moins bien rémunéré, celui qui a le moins d'avantages sociaux, qui paie souvent pour sa propre formation, qui, dans certaines provinces, assume ses propres dépenses de déplacement, etc. Or, on s'en remet à ces personnes pour fournir le gros des services de soins à domicile. C'est pourquoi ma collègue a dit, concernant la prestation des soins aux malades chroniques à domicile, que ces personnes fournissent le gros des services. Il est essentiel que ce groupe soit intégré à un programme national de soins à domicile. Lorsque nous songeons aux soins à domicile, nous avons tendance à penser à des services professionnels, mais ces programmes reposent sur les paraprofessionnels. Nous recommandons fortement que cet aspect soit pris en considération.

Il est urgent d'adopter une stratégie nationale en matière de ressources humaines pour les soins à domicile partout au pays, parce que la disponibilité et la répartition des travailleurs dans ce domaine varient énormément au Canada. De nombreuses provinces recrutent à l'extérieur du pays pour essayer d'enrôler des fournisseurs de soins à domicile. Il faut assurer cette disponibilité et cette répartition pour offrir des services équitables partout au pays.

Le sénateur Keon : J'aimerais poser une autre question. Le système que vous décrivez serait merveilleux si on pouvait l'établir. Toutefois, j'aimerais que l'on parle du payeur. Je présume que les services essentiels dont vous parlez seraient payés par le payeur unique, le même qui paie les soins de santé à l'heure actuelle. En effet, 70 p. 100 des services dits essentiels sont payés par le gouvernement. Je soupçonne que parmi les services nécessaires, beaucoup ne seraient pas définis comme étant essentiels et ne seraient pas payés par le gouvernement. Que suggérez-vous pour couvrir ces services?

Mr. Alexander: Likely it is unfeasible to cover everything within home care on a single payer basis, but we must achieve some national consensus on our core basket services. Over and above that, I recommend that the home support worker level be considered part of that core provision of service — we at least need to come to consensus on that. There was federal-provincial-territorial consensus around funding for home care a few years ago and home care workers were included, but there is no consensus on standards of service, commonality of core services, and so on. Money was made available to the provinces and we do not know how that money has been drawn down, where it has been allocated, how it is being spent and so on. It would be useful to have that data.

Senator Murray: What money?

Mr. Alexander: The money that was provided for home care.

The Chairman: That was money first established in the 2003 Health Accord, and added to in 2004. I agree with our witness that at no point have they come up with the shared interpretation of how that money will be spent.

I can give you a specific example. One area on the table was the payment of drugs for palliative care patients. In some provinces such as British Columbia, if they have palliative care services in the home their drugs are covered. In many other provinces, drugs are not covered. Patients were returned to the hospital because in the hospital the drugs were covered. There was an attempt to come up with a basket of core services that would be funded. My understanding is that the provinces have received the money, but to date they have not come up with a shared interpretation of what that money will be spent for.

Mr. Allard: Not only are the care services not standardized or the services not standardized but the identification of individual care needs is not standardized. They could be assessed on a three-level scale if they are with the federal government or five or six-level scale if they are with another province. Surely we should standardize that aspect of it also.

Senator Murray: To follow up on Senator Keon's questions, when you speak about a national home care program are you speaking about a national or federal home care program?

Mr. Alexander: I am not implying that the federal government would deliver a national home care program or that it would be federally funded or administered, per se. Obviously the funding would be cost-shared with the provinces, and the federal government transfers money for those purposes. I am speaking of a national vision for a home care program on which people can agree on a common set of principles and standards.

Senator Murray: The question is, how is that to come about? I am speaking to the advocates now, and whether your advocacy extends to pushing the provinces on these issues. The chances of another "medicare," in which the federal government sets out a

M. Alexander : Il est peu probable que tous les soins à domicile puissent être couverts par un seul payeur, mais nous devons en arriver à un consensus national pour ce qui est de l'ensemble des services essentiels. Par dessus tout, je recommande que les aides à domicile soient considérées comme faisant partie des services essentiels — nous devons au moins nous entendre sur ce point. Il y a quelques années, il y avait eu un consensus fédéral-provincial-territorial sur le financement des soins à domicile, et les aides à domicile en faisaient partie, mais il n'y a pas de consensus concernant les normes de service, l'uniformité des services essentiels, etc. Des fonds ont été consentis aux provinces et nous ne savons pas comment cet argent a été utilisé, où il a été attribué, comment il a été dépensé et ainsi de suite. Ce serait utile d'avoir ces données.

Le sénateur Murray : Quel argent?

M. Alexander : L'argent fourni pour les soins à domicile.

La présidente : Ce financement a d'abord été établi dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2003 et a été augmenté en 2004. Je suis d'accord avec le témoin qu'il n'y a eu aucun consensus sur la manière dont cet argent serait dépensé.

Je peux vous donner un exemple précis. Un des sujets de discussion a été le paiement des médicaments des personnes nécessitant des soins palliatifs. Dans certaines provinces comme en Colombie-Britannique, si les soins palliatifs sont offerts à domicile, les médicaments sont couverts, tandis qu'ils ne le sont pas dans de nombreuses autres provinces. Les patients retournent à l'hôpital parce que les médicaments sont couverts à cet endroit. On a tenté de s'entendre sur un ensemble de services essentiels qui seraient financés. Je crois comprendre que les provinces ont reçu l'argent, mais jusqu'à présent, elles ne se sont pas mises d'accord sur l'utilisation de cet argent.

M. Allard : Non seulement les services de soins ou les services en général ne sont pas normalisés, mais les besoins individuels en matière de soins ne sont pas définis de façon uniforme. Ils pourraient être évalués sur une échelle à trois niveaux s'il s'agit du gouvernement fédéral, ou sur une échelle à cinq ou six niveaux s'il s'agit d'une autre province. Il faut certainement uniformiser cet aspect également.

Le sénateur Murray : Pour poursuivre dans le même ordre d'idée que le sénateur Keon, lorsque vous parlez d'un programme national de soins à domicile, pensez-vous à un programme national ou à un programme fédéral?

M. Alexander : Je ne dis pas que le gouvernement fédéral offrirait un programme national de soins à domicile ou que le programme serait financé ou administré par le gouvernement fédéral. Évidemment, le financement serait partagé avec les provinces, et le gouvernement fédéral transfère de l'argent à cette fin. Je parle d'une vision nationale pour un programme de soins à domicile pour lequel on pourrait établir un ensemble commun de principes et de normes.

Le sénateur Murray : La question est de savoir comment on va y arriver. Je parle aux intervenants maintenant, pour savoir si vous faites également des pressions sur les provinces à cet égard. Il y a peu de chance, voire aucune, qu'il y ait un autre régime

Canada Health Act, puts the program on the table and says come in or not, are slim to none. You are familiar with the Social Union Framework Agreement, SUFA, signed by the Chrétien government with nine of the provinces and we have moved a distance since then. There is talk now of further guidelines, perhaps even constitutional amendment, relating to the use of federal spending power. None of the desirable things that you advocate will be impossible, or even necessarily more difficult or less effective when they come about. It is only that the process is and will be different.

Mr. Alexander: We are sensitive to that dynamic, and it has become increasingly difficult since SUFA to move those initiatives forward. However, in the case of home care it is not necessary to develop parallel legislation around a national home care program. These kinds of advancements can be made on an administrative basis within the existing framework. We have looked at that issue in some of our organizations already, and there are ways of moving ahead administratively on these kinds of initiatives without developing further legislation.

Senator Murray: To come back to the outstanding point you made about the patchwork, surely that situation is possible to resolve. Surely it is possible to move to some uniformity, some basic agreed standards, criteria and so on, but uniformity must be achieved cooperatively among the provinces and territories. I remember being told of interprovincial meetings of ministers responsible for senior citizens and that kind of thing, and there are meetings of health ministers and such all the time.

Are you aware of efforts in this area of home care to try to standardize or make more uniform what is now, as you say, a patchwork? If not, why not?

Ms. Cutler: That is a good question; that is our question. The last we heard, a basket of services was developed by the provinces, rejected by Ottawa and then vice versa. It seems not to be on the agenda anymore.

Senator Murray: That would be the basket of services eligible for federal funding. Much of these services surely are provided now by the provinces on their own nickel. Why, in this federation, would they not want to get together and come up with something more uniform?

Mr. Alexander: I think part of the hesitancy might be where the mean will be established. Will you bring everyone up to a certain level or everyone down to another level? There are pressures among the provinces and territories around that issue, and that can create difficulty.

Senator Murray: That is where the advocates come in, is it not? You will try to persuade them all to come up to the highest level.

Ms. Barratt: It is also about money. Let us be realistic. In the model that I am most aware of, there is some matched funding between the federal government and the provinces, and it is arrived at by an administrative process rather than legislation.

d'assurance-maladie, où le gouvernement fédéral adopterait une loi canadienne sur la santé, mettrait le programme sur la table et vous inviterait à y adhérer ou non. Vous connaissez l'Entente-cadre sur l'union sociale, l'ECUS, que le gouvernement Chrétien a signée avec neuf des provinces, et nous avons fait du chemin depuis ce temps. On parle maintenant d'autres lignes directrices, peut-être même d'un amendement constitutionnel, concernant l'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser. Aucune des choses souhaitables que vous préconisez ne sera impossible, ou même plus difficile ou moins efficace lorsqu'elles se présenteront. Seulement, le processus est et sera différent.

M. Alexander : Nous sommes conscients de cette dynamique, et il est de plus en plus difficile, depuis l'ECUS, de faire avancer ces initiatives. Toutefois, il n'est pas nécessaire d'adopter une loi parallèle sur un programme national de soins à domicile. Pareilles initiatives peuvent être réalisées sur le plan administratif, à l'intérieur du cadre existant. Nous avons déjà examiné cette question dans quelques-unes de nos organisations, et il est possible d'aller de l'avant avec ces initiatives sur le plan administratif, sans élaborer d'autres mesures législatives.

Le sénateur Murray : Pour revenir au point intéressant que vous avez soulevé en parlant du méli-mélo, cette situation peut certainement être corrigée. Il est certainement possible d'en arriver à une certaine uniformité, à des normes de base, à des critères, etc., mais les provinces et les territoires doivent collaborer dans ce sens. On m'a déjà dit qu'il y avait des réunions entre les ministres provinciaux responsables des personnes âgées et ce genre de chose, et les ministres de la santé et d'autres se réunissent tout le temps.

Savez-vous si des efforts sont faits pour essayer de normaliser ou d'uniformiser davantage les soins à domicile, pour mettre fin ce que vous appelez le méli-mélo? Sinon, pourquoi?

Mme Cutler : C'est une bonne question; c'est celle que nous posons. Aux dernières nouvelles, un ensemble de services avait été élaboré par les provinces et rejeté par Ottawa, puis ce fut l'inverse. Cette question ne semble plus être à l'ordre du jour.

Le sénateur Murray : Ce serait l'ensemble des services admissibles au financement fédéral. La plupart de ces services sont maintenant fournis par les provinces et financés par celles-ci. Pourquoi, dans cette fédération, ne voudraient-elles pas s'entendre et en arriver à des services plus uniformes?

M. Alexander : À mon avis, cette réticence s'explique en partie parce qu'on ne sait pas où se situera la moyenne. Va-t-on relever tous les services à un certain niveau, ou les abaisser tous à un autre niveau? Il y a des pressions parmi les provinces et les territoires sur cette question, ce qui peut créer des difficultés.

Le sénateur Murray : C'est là où les intervenants entrent en jeu, n'est-ce pas? Vous allez essayer de les persuader tous de viser le plus haut niveau.

Mme Barratt : Il y a aussi une question d'argent. Soyons réalistes. Dans le modèle que je connais le plus, le financement est partagé entre le gouvernement fédéral et les provinces, et on y arrive par un processus administratif plutôt que par des mesures législatives.

However, it is also important to consider that this strategy we are talking about then also impacts on family caregiving as well. It may take some of the load off there. It is about our social structure as well. It is an important strategy to put in place. We want some equity across the provinces to ensure that older people have services when they require them.

It is interesting that some of the core services in the core package you are talking about are things like changing dressings, shopping and some personal care. One would expect those services would not cost a lot of money, but would allow older persons to stay in their home; and that is what we want.

The Chairman: I have one question for Ms. Barratt. We spoke with respect to pensions and you indicated that you knew of some countries that had moved ahead with providing some pension reforms. Can you identify those countries for us so that we can have research done on them?

Ms. Barratt: The IFA convenes a meeting of senior government officials at the time of each of their biennial conferences. In Copenhagen in June 2006, in recognition of this very issue, we convened a meeting of 100 government officials. I am happy to send that report to the committee that encapsulates some of those discussions, and also identifies key people internationally who have worked in this area for a number of years.

The Chairman: Thank you to all our panellists for providing excellent information this afternoon.

Honourable senators, we now will hear another interesting panel. Lynn McDonald is the Scientific Director of the National Initiative for the Care of the Elderly, Sandra Hirst is the President of the Canadian Association on Gerontology, and Anne Martin-Matthews is the Scientific Director for the Aging Institute of the Canadian Institutes of Health Research. Please proceed.

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute on Aging, Canadian Institutes of Health Research: Thank you, and I thank the committee for the opportunity to speak today. Having looked through the materials of previous presenters, I know you have heard a great deal about the demographic shifts and their socio-economic and policy implications, so I will focus on three key points today. First, I will give you a brief overview of the Institute of Aging and our role in advancing research on aging. I will talk briefly about the strategic priorities of the institute and our approaches to public engagement with seniors to inform our research process. Then I will focus on what our partnerships and public engagement tell us about the issues that are most important to older Canadians across the country.

About the Institute of Aging and the Canadian Institutes of Health Research, some of you may well know, because this act passed through the Parliament and Senate of Canada in June 2000. The Canadian Institutes of Health Research, CIHR, evolved from the amalgamation of the Medical Research Council

Toutefois, il importe aussi de retenir que cette stratégie dont nous parlons a aussi une incidence sur les soignants naturels. Elle peut alléger quelque peu leur fardeau. Il est question également de notre structure sociale. C'est une stratégie importante à mettre en place. Nous voulons une certaine équité entre les provinces pour garantir que les aînés reçoivent des services lorsqu'ils en ont besoin.

Il est intéressant de noter que les services essentiels dont vous parlez consistent entre autres à changer des pansements, à faire des emplettes et à prodiguer des soins personnels. Ces services ne devraient pas être très coûteux, mais ils permettraient aux aînés de rester chez eux; et c'est ce que nous voulons.

La présidente : J'ai une question pour Mme Barratt. Nous avons parlé des pensions et vous avez dit que certains pays avaient entrepris certaines réformes dans ce domaine. Pouvez-vous nous dire quels sont ces pays pour que nous puissions demander qu'on fasse des recherches sur eux?

Mme Barratt : La FIV tient une réunion de hauts fonctionnaires à chacune de ses conférences biennales. À Copenhague, en juin 2006, pour traiter de ce même sujet, nous avons réuni une centaine de représentants gouvernementaux. Je serai ravie d'envoyer ce rapport au comité, qui contient quelques-unes de ces discussions et qui identifie les personnes clés sur la scène internationale qui travaillent dans ce domaine depuis un certain nombre d'années.

La présidente : Je remercie tous les témoins de nous avoir fourni d'excellents renseignements cet après-midi.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant accueillir un autre groupe intéressant de témoins. Lynn McDonald est la directrice scientifique de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, Sandra Hirst est la présidente de l'Association canadienne de gérontologie et Anne Martin-Matthews est la directrice scientifique de l'Institut du vieillissement, des Instituts de recherche en santé du Canada. Nous vous écoutons.

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada : Je vous remercie, et je remercie le comité de me donner la chance de m'entretenir avec lui aujourd'hui. Comme j'ai feuilleté les documents des témoins précédents, je sais qu'on vous a beaucoup parlé des changements démographiques, de leurs conséquences socio-économiques et de leur impact sur les politiques, alors je vais me concentrer sur trois grandes questions aujourd'hui. Je vais d'abord vous donner un bref aperçu de l'Institut du vieillissement et du rôle qu'il joue dans la recherche sur le vieillissement. Je vais parler brièvement des priorités stratégiques de l'institut et de notre engagement public auprès des aînés, qui contribue à éclairer notre recherche. Je vais ensuite parler de ce que nos partenariats et notre engagement public nous apprennent sur les enjeux qui sont les plus importants pour les personnes âgées au Canada.

Certains parmi vous connaissent peut-être bien l'Institut du vieillissement et les Instituts de recherche en santé du Canada, puisque cette loi a été adoptée par le Parlement et le Sénat du Canada en juin 2000. Les Instituts de recherche en santé du Canada, IRSC, sont nés de la fusion du Conseil de recherches

of Canada and the National Health Research and Development Program within Health Canada in June of 2000. We fund 10,000 researchers across the country in universities, teaching hospitals and centres. The funded research focuses on four key areas central to the health of Canadians: biomedical research, clinical research, research on health services and health policy, and research on the social, cultural, environmental and economic determinants of the health of the population. CIHR consists of 13 institutes. Many of the institutes are focused on specific diseases such as cancer, on functions such as nutrition, on health services or on special populations such as Aboriginal health or children.

I am the scientific director of the Institute of Aging. Our focus is on the age-related consequence of diseases for later life rather than on the diseases themselves. CIHR's investment in research on aging, you may be interested to know, has increased from \$14 million five years ago to \$63 million this past year. The fundamental goal of the Institute of Aging is the advancement of knowledge in the field of aging to improve the health and quality of life of older Canadians. This goal is important to emphasize because we are more than a funding agency. We do fund research, as do all the CIHR institutes, but we also set strategic priorities for research on aging. We work with partners to help us identify those priorities. My first message to you is that research that leads to an improvement in the health and quality of life of older Canadians is a priority of CIHR's Institute of Aging.

We cover five broad areas: healthy and successful aging, biomedical and biological mechanisms of aging, cognitive impairment, aging and the maintenance of functional autonomy, and health services and policies relating to older people. This research crosses the full spectrum of research. To give you a couple of examples, we fund research on such topics as gene expression on aging, respiratory infections in older people, management of osteoporosis, ethno-cultural diversity in long-term care facilities, and meaningful activity from the perspective of persons with dementia.

We also fund research on the link between research and action. We call that knowledge translation. We also fund research designed to enhance the commercial development of products designed to improve the quality of life in old age. One such product developed through this funding that will be on the market in January is a sole sensor, a balance-enhancing shoe insert designed to reduce the risk of falling in older people.

The key message is that the factors that will effect an improvement in the health and quality of life of older Canadians are multi-faceted, complex and go well beyond a focus on a single disease or function studied with a single research tool.

médicales du Canada et du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, de Santé Canada, en juin 2000. Nous finançons 10 000 chercheurs dans des universités, des centres et des hôpitaux d'enseignement partout au pays. Les travaux financés sont axés sur quatre secteurs cruciaux pour la santé des Canadiens : la recherche biomédicale, la recherche clinique, la recherche sur les services de santé et les politiques en matière de santé, et la recherche sur les facteurs sociaux, culturels, environnementaux et économiques qui jouent un rôle déterminant sur la santé de la population. Les IRSC comprennent 13 instituts. Bon nombre se concentrent sur des maladies précises comme le cancer, sur des fonctions comme la nutrition, sur les services de santé ou sur des populations particulières, comme les Autochtones ou les enfants.

Je suis la directrice scientifique de l'Institut du vieillissement. Nous nous concentrons sur les conséquences des maladies liées à l'âge plutôt que sur les maladies elles-mêmes. Vous serez peut-être intéressés de savoir que l'investissement des IRSC sur la recherche sur le vieillissement est passé de 14 millions de dollars il y a cinq ans à 63 millions de dollars l'an dernier. Le but fondamental de l'Institut du vieillissement est de faire progresser les connaissances sur le vieillissement afin d'améliorer la qualité de vie et la santé des Canadiens âgés. Il importe de souligner ce rôle, parce que nous ne sommes pas qu'un organisme de financement. Nous finançons des travaux de recherche, comme tous les membres des IRSC le font, mais nous fixons également des priorités stratégiques pour la recherche sur le vieillissement. Nous travaillons avec des partenaires qui nous aident à définir ces priorités. Voici donc mon premier message : la recherche qui permet d'améliorer la santé et la qualité de vie des Canadiens âgés est une priorité pour l'Institut du vieillissement.

Nous œuvrons dans cinq grands secteurs : le vieillissement en santé, les mécanismes biomédicaux et biologiques du vieillissement, les troubles cognitifs, le vieillissement et le maintien de l'autonomie fonctionnelle, et les politiques et services de santé pour les personnes âgées. Ce mandat englobe tous les secteurs de recherche. Pour vous donner quelques exemples, nous finançons des travaux sur des sujets comme l'expression génétique sur le vieillissement, les infections respiratoires chez les personnes âgées, la gestion de l'ostéoporose, la diversité ethnoculturelle dans les établissements de soins de longue durée et les activités significatives pour les personnes atteintes de démence.

Nous finançons également des travaux sur le lien entre la recherche et l'action. C'est ce que nous appelons l'application des connaissances. Nous finançons aussi des travaux visant à faciliter le développement commercial des produits permettant d'améliorer la qualité de vie des aînés. Un des produits mis au point grâce à ce financement sera sur le marché en janvier; il s'agit d'une semelle intérieure qui améliore l'équilibre et qui permet ainsi de réduire les risques de chute chez les personnes âgées.

Ce qu'il faut retenir, c'est que les facteurs qui contribueront à améliorer la santé et la qualité de vie des Canadiens âgés comportent des facettes multiples, sont complexes et vont bien au-delà de l'étude d'une seule maladie ou d'une seule fonction, avec un seul outil de recherche.

Let me give three examples of work we are doing in these areas. In terms of a focus on disease, we have the Cognitive Impairment in Aging Partnership. The acronym is a bit unfortunate — the CIA partnership. Beyond that, I will say that this partnership, which has brought together a dozen representatives from the voluntary, public and private sectors, was initiated by the Institute of Aging. Last year, we invested \$18.7 million of research in this area. We focus on vascular health and dementia, biological mechanisms of Alzheimer's disease, and issues of care giving and dementia. I know you have heard from earlier presenters about the importance of focusing on caregivers.

Our mobility in aging strategic initiative is a more recent focus of the institute and it has a broader focus on function. You know as well from previous presentations that as life expectancy has advanced, the number of disability-free years experienced by older Canadians has not increased proportionally. The Institute of Aging invested significant funds, and will continue to do so over the next few years, into developing research teams working in partnership with the community to focus on the prevention of disability and aging.

We have completed a series of regional and national consultations and we have heard from groups about a whole range of issues to do with mobility and aging. We heard about everything from the timing of crosswalk signals at busy intersections frequented by seniors, to housing designs that limit mobility, to programs that help seniors adjust when they lose their licence.

The focus of our endeavours in research tools has been on the Canadian Longitudinal Study on Aging, CLSA. You have a brochure about the CLSA in the materials that I will leave behind. This ambitious study is planned to roll out in 2008, with the cooperation of Statistics Canada, and will track between 30,000 and 50,000 Canadians over the age of 40. It is unique in that it is starting earlier than any other world-wide longitudinal study of aging and it is the first study of its kind and magnitude in Canada. Much of what we know about aging is from snapshots and pictures taken at one point in time. The expectation is that as a result of the CLSA, health care providers and government policy makers will have knowledge of the processes and factors that affect health and aging to enable them to better identify ways to prevent disease and promote healthy aging.

My final point has to do with partnerships and public engagement. We know the issues are complex. We have felt that seniors themselves and not only the research community represent an important constituency of the Institute of Aging. To that end, we have engaged in a consultation with 350 representatives of seniors' organizations through five regional meetings and a national meeting held in Canada over the last few years. Senator Carstairs, I believe you attended the meeting here in Ottawa, the national meeting convened in May 2003 by my predecessor.

Permettez-moi de vous donner trois exemples de travaux que nous effectuons dans ces domaines. Concernant l'étude d'une maladie, nous avons le Partenariat sur les troubles cognitifs liés au vieillissement. Ce partenariat, qui réunit une douzaine de représentants des secteurs bénévole, public et privé, a été mis sur pied grâce à l'initiative de l'Institut du vieillissement. L'an dernier, nous avons investi 18,7 millions de dollars dans ce domaine. Nous nous concentrons sur la santé et la démence vasculaires, les mécanismes biologiques de la maladie d'Alzheimer et les questions liées à la prestation de soins et à la démence. Je sais que les témoins précédents vous ont parlé de l'importance à accorder aux soignants.

L'initiative stratégique sur la mobilité et le vieillissement de l'Institut est plus récente et porte davantage sur la fonction. Les témoins précédents vous ont dit également que l'espérance de vie a progressé, mais que le nombre d'années que vivent les Canadiens âgés sans invalidité n'a pas augmenté proportionnellement. L'Institut du vieillissement a investi des sommes importantes, et continuera de le faire au cours des prochaines années, pour mettre sur pied des équipes de recherche travaillant en partenariat avec la communauté sur la prévention de l'invalidité et le vieillissement.

Nous avons terminé une série de consultations régionales et nationales, au cours desquelles différents groupes nous ont parlé d'une foule d'enjeux liés à la mobilité et au vieillissement. On nous a parlé de tout : du minutage des clignotants aux intersections achalandées qu'utilisent souvent les aînés, des plans de logement qui limitent la mobilité, des programmes conçus pour aider les aînés à s'adapter lorsqu'ils perdent leur permis de conduire, et ainsi de suite.

Nos efforts concernant les outils de recherche ont surtout porté sur l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, ELCV. Il y a une brochure sur cette étude parmi les documents que je vais vous laisser. Cette étude ambitieuse doit débuter en 2008, en collaboration avec Statistique Canada, et touchera entre 30 000 et 50 000 Canadiens de plus de 40 ans. Elle est unique du fait qu'elle commence plus tôt que toutes les autres études semblables menées dans le monde et il s'agit de la première étude de ce genre et de cette ampleur au Canada. La plupart des choses que nous savons sur le vieillissement viennent des instantanés pris à un moment précis. On s'attend à ce que l'ELCV permette aux fournisseurs de soins de santé et aux décideurs des gouvernements de connaître les processus et les facteurs qui influent sur la santé et le vieillissement pour qu'ils soient plus en mesure de trouver des façons de prévenir la maladie et de promouvoir un vieillissement en santé.

Le dernier point que j'aborderai a trait aux partenariats et à l'engagement public. Nous savons que les enjeux sont complexes. Nous avons compris que les personnes âgées elles-mêmes, et non seulement les chercheurs, représentent un élément important de l'Institut du vieillissement. C'est pourquoi nous avons entrepris une consultation auprès de 350 représentants d'organismes de personnes âgées dans le cadre de cinq rencontres régionales et d'une réunion nationale qui ont eu lieu au Canada au cours des dernières années. Sénateur Carstairs, je crois que vous avez assisté à la réunion nationale convoquée par mon prédécesseur en mai 2003 ici, à Ottawa.

What we heard from those consultations are the most frequently noted issues, namely, the lack of age-appropriate health services. These issues include training in standards of practice for clinicians who work with older adults, universal access to age appropriate health service, and medication costs, use and overuse. I can speak more about this in our discussion later, but I will mention that the acute shortage of geriatrics specialists in Canada was a focus of the discussion with seniors there. I know my colleague Dr. McDonald of the National Initiative for the Care of the Elderly will speak about this later.

The housing care continuum was a crucial concern to the seniors we spoke with. Also, issues of preventing disease and disability, and promoting wellness were another area where they felt we needed to know more. They also felt that issues of isolation and mental health were broadly neglected in terms of areas of focus.

We have five regional reports of those meetings. They are available in English and French if your committee wants to see them. A synthesis document bringing together the findings of all five will be presented this year. We also engage with other partners at the federal and provincial level — and I can discuss that later — and with private sector partners. The age-friendly initiative of the World Health Organization, WHO, which you have heard of, is one such initiative.

I want to close by noting something that I hope your committee will take note of. Our institute works hard to bring young people into the field of aging in Canada. We undertake this work with federal partners such as Veterans Affairs Canada and the Alzheimer Society of Canada; with provincial funding agencies such as Fonds de recherche en santé du Québec, FRSQ, and through CIHR training initiatives. We know there will be a crying need in the years to come. We need more people dedicated to careers in geriatrics and gerontology, and to basic research on the biological aspects of aging, all with the goal of improving health services delivery to an aging and elderly population. Thank you for your time. I look forward to our discussion this afternoon.

Sandra P. Hirst, President, Canadian Association on Gerontology: I want to express my appreciation on behalf of the Canadian Association on Gerontology for the opportunity to address you today. The Canadian Association on Gerontology, CAG, is a national, multi-disciplinary, scientific and educational association established in 1971 to provide leadership with respect to the aging population. We are a member of the international association of gerontology and geriatrics. Our mission is to improve the lives of older Canadians through the creation and dissemination of knowledge in gerontological policy, practice, research and education. Within our membership are academics, practitioners, researchers and clinicians, many of whom work

Ce que nous avons entendu dans le cadre de ces consultations, ce sont les problèmes les plus souvent relevés, soit le manque de services de santé adaptés aux aînés. Ces problèmes comprennent entre autres la formation liée aux normes de pratique pour les cliniciens qui travaillent auprès des personnes âgées, l'accès universel à des services de santé adaptés aux aînés ainsi que le coût, l'utilisation et la surutilisation des médicaments. Je pourrais en parler davantage tout à l'heure, mais je mentionnerai que le manque criant de spécialistes en gériatrie au Canada a été un sujet de discussion avec les personnes âgées. Je sais que ma collègue, la Dre McDonald, de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, en parlera tout à l'heure.

Les personnes âgées avec qui nous nous sommes entretenus étaient très préoccupées par les soins à domicile. De plus, la prévention de la maladie et de l'invalidité et la promotion du bien-être étaient d'autres domaines qui, selon les aînés, devaient être mieux connus. Ils avaient aussi le sentiment que les problèmes d'isolement et de santé mentale étaient négligés de façon générale.

Nous avons cinq rapports régionaux sur ces réunions. Ils sont disponibles en anglais et en français, si votre comité souhaite les consulter. Un rapport de synthèse englobant les conclusions des cinq rapports sera présenté cette année. Nous nous sommes engagés également avec d'autres partenaires au niveau fédéral et provincial — et je pourrai en parler tout à l'heure — ainsi qu'avec des partenaires du secteur privé. Nous participons entre autres à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé pour des soins adaptés aux aînés, dont vous avez entendu parler.

J'aimerais terminer en soulignant une chose dont le comité, je l'espère, prendra bonne note. Notre institut travaille fort pour amener des jeunes à travailler dans le domaine du vieillissement au Canada. Nous faisons ce travail avec des partenaires fédéraux comme Anciens Combattants Canada et la Société Alzheimer du Canada, avec des organismes de financement provinciaux comme le Fonds de recherche en santé du Québec, le FRSQ, et par l'entremise d'initiatives de formation des IRSC. Nous savons qu'il y aura un besoin criant dans les années à venir. Un plus grand nombre de personnes doivent embrasser des carrières en gériatrie et en gérontologie et entreprendre des travaux de recherche fondamentale sur les aspects biologiques du vieillissement, tout cela afin d'améliorer les services de santé offerts à une population vieillissante et âgée. Je vous remercie de votre temps. Je me réjouis à l'idée de discuter avec vous.

Sandra P. Hirst présidente, Association canadienne de gérontologie : Au nom de l'Association canadienne de gérontologie, je tiens à vous remercier de nous donner l'occasion de vous présenter cet exposé aujourd'hui. L'Association canadienne de gérontologie est une association nationale, multidisciplinaire, scientifique et éducative qui a été créée en 1971 en vue d'assurer le leadership en matière de vieillissement de la population. Nous sommes membres de l'International Association of Gerontology and Geriatrics. Nous avons pour mission d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées au Canada via la création et la diffusion de connaissances sur les politiques, la pratique, la recherche et

directly and indirectly with older adults and those important to them, in a range of settings.

Knowing your interest in long-term care issues, I want to draw your attention to three issues. First, there is the need to support "aging in place." The vast majority of seniors wish to live in their own homes, although those homes are usually 30 years plus, two stories and too big. Aging in place is a preferred future, but it should not be defined by financial means, physical limitations or physical capabilities. Opportunities must be provided for all seniors to have access to services such as mowing the lawn, snow shovelling and grocery delivery that will support their ability within their own homes, and will support the choices they want to make. We support a national home care program to go to choice.

I want to make a side note here that the majority of seniors are healthy. The term "health promotion" we support and encourage, but healthy aging does not start at 65; it starts the day that one is born. The chronic condition does not start when one turns 65. It has its roots in the 30s and 40s.

Second, we need quality long-term-care facilities. We know there is an emergence of a range of options for older adults to help them stay in the community to age in place, but there will always remain a need for long-term-care facilities. The definition of "long-term care" varies across this country. This variation represents a challenge to those of us receiving care in them. My own bias is coming through there. We know that for older residents entering long-term care, the age of admission into these facilities is increasing into their 80s. We also know the complexity of health concerns these adults are facing, from tracheotomies to feeding tubes. We are asked to provide care to complex older adults who have a variety of needs. Older adults entering long-term care rarely present with one health issue. They have multiple concerns. In addition, they may experience flare-ups. A simple example is an older resident with Alzheimer's who spends three days scrubbing her cheeks. The staff fails to realize that she may have a toothache. They assume her increased aggression requires medication, yet that acute condition could be dealt with easily.

Perhaps the most vulnerable of our senior population is cared for primarily with uneducated staff at their bedside. That is deplorable. Also, staff in long-term care are primarily from ethnic backgrounds that are themselves challenged by their inability to

l'éducation en matière de gérontologie. L'association compte parmi ses membres des universitaires, des praticiens, des chercheurs et des cliniciens, dont bon nombre travaillent directement et indirectement auprès des aînés et de leurs proches dans un large éventail de contextes.

Comme vous vous intéressez aux soins de longue durée, je veux porter à votre attention trois enjeux en la matière. Premièrement, il faut offrir les mesures de soutien nécessaires pour permettre de « vieillir chez soi ». La vaste majorité des aînés veulent vivre dans leur propre maison, mais ces maisons ont habituellement plus de 30 ans, comptent deux étages et sont trop grandes pour eux. Vieillir chez soi est une option privilégiée pour l'avenir, mais elle ne devrait pas être définie en fonction des moyens financiers, des capacités ou des limitations physiques. Toutes les personnes âgées doivent avoir accès à des services comme la tonte du gazon, le pelletage de la neige et la livraison de l'épicerie, ce qui les rendra aptes à demeurer à domicile et leur facilitera les choix qu'elles ont à faire. Nous préconisons un programme national de soins à domicile afin de favoriser l'accès à de telles options.

Je me permets un aparté pour vous dire que la majorité des aînés sont en santé. Nous appuyons et encourageons les efforts de « promotion de la santé » mais vieillir en santé, ça ne commence pas à 65 ans; ça débute dès la naissance. La maladie chronique n'apparaît pas à votre soixante-cinquième anniversaire. Elle tire ses origines de ce que vous avez fait dans la trentaine et dans la quarantaine.

Deuxièmement, nous avons besoin d'installations de qualité pour les soins de longue durée. Nous savons que de plus en plus de possibilités s'offrent aux personnes âgées pour les aider à vieillir au sein de leur communauté, mais on aura toujours besoin d'établissements de soins de longue durée. Ces soins ne sont pas définis de la même manière dans les différentes régions du pays. Ces écarts peuvent représenter une difficulté supplémentaire pour ceux parmi nous qui y reçoivent des soins. C'est une situation qui influe sur ma perspective personnelle. Nous savons que l'âge d'admission dans ces établissements de soins de longue durée dépasse désormais les 80 ans. Nous savons aussi que ces adultes ont des problèmes de santé complexes qui exigent des soins particuliers, allant des trachéotomies jusqu'aux sondes d'alimentation. Il faut offrir des soins à ces aînés dont les besoins sont très variés. Les personnes qui sont admises dans ces établissements souffrent rarement d'un seul problème de santé. Leurs malaises sont multiples. En outre, elles peuvent connaître des périodes de crise. Je peux vous citer l'exemple d'une résidente atteinte de la maladie d'Alzheimer qui a passé trois jours à se frotter les joues. Le personnel n'a pas pensé qu'il pouvait s'agir d'une rage de dents. On a présumé que son agressivité accrue exigeait une médication, alors même que le traitement aurait pu être beaucoup plus simple.

Ce sont principalement des employés n'ayant pas une formation suffisante qui sont au chevet des personnes qui sont peut-être les plus vulnérables parmi nos aînés. C'est une situation déplorable. En outre, le personnel des établissements de soins de

communicate in either of our two official languages. I would like to reiterate: education, education, education.

We know, too, that families want to maintain contact and to provide care to their older family members but their involvement, regrettably, is not always welcome. From a facility perspective, there is no clear definition of long-term care nationally. Each province and territory employs different terms to describe the experience. The staffing requirements and legislation that governs these facilities differ across Canada.

We know that an older adult in Ontario may not be able to come into Alberta without a three-month waiting list. Yet their oldest son may live in Alberta and may wish to provide some support. Facilities are an issue for us. We know that there is no consistent standard of care nationally as to how we give physical, psychological and emotional care to older adults. As I said earlier, education is essential.

Third, we have a new subgroup of older adults emerging in this society and in long-term care in particular: older adults with intellectual and developmental disabilities. We have populations now in their 40s who are demonstrating Alzheimer's-like symptoms. By the time they reach 60, at least 50 per cent of individuals who have Down Syndrome will develop Alzheimer's-like symptoms.

Their families are aging: they are admitted to long-term care. Regardless of the setting in which care is delivered, this subgroup of our senior population will warrant our attention.

Prior to closing, I want to thank both Dr. Martin-Matthews and Dr. McDonald. We illustrate beautifully the concept of collaboration; moving research from the theory and academic setting into practice.

On behalf of the Canadian Association on Gerontology, I would like to express my appreciation again to be able to address you today.

Lynn McDonald, Scientific Director, National Initiative for the Care of the Elderly: We are pleased to be invited here today. We are the youngest kids on the block; we are not even a year old. We are the National Initiative for the Care of the Elderly, NICE. We are a national and international network of researchers and practitioners involved in the care of older adults through medicine, nursing and social work as the three primary professions. We also have many related professions of occupational therapists, physical therapists, psychologists and lawyers.

longue durée est formé principalement d'employés d'origines ethniques diverses dont la tâche est rendue plus complexe par leur incapacité de communiquer dans l'une ou l'autre de nos deux langues officielles. Je n'insisterais donc jamais assez sur l'importance de l'éducation.

Nous savons également que les familles veulent demeurer en contact avec leurs aînés et leur dispenser des soins, mais il est regrettable de constater que leur contribution n'est pas toujours la bienvenue. Du point de vue des établissements, il n'existe pas de définition claire des soins de longue durée à l'échelle nationale. Chaque province et chaque territoire utilise des termes différents pour décrire l'expérience. Les exigences en matière de personnel et les lois qui régissent ces établissements diffèrent d'une région à l'autre au Canada.

Nous savons qu'un aîné de l'Ontario pourrait devoir passer par une liste d'attente de trois mois avant d'obtenir une place en Alberta. Pourtant, son fils peut très bien habiter en Alberta et souhaiter lui apporter un certain soutien. Ces établissements sont une source de préoccupation pour nous. Nous savons qu'il n'existe pas de normes nationales quant aux soins physiques et psychologiques et au soutien affectif à dispenser aux personnes âgées. Je me dois de répéter que l'éducation est primordiale.

Troisièmement, il y a un nouveau sous-ensemble d'aînés qui fait son apparition dans notre société, et dans le secteur des soins de longue durée en particulier : les personnes âgées qui ont une déficience intellectuelle ou des troubles du développement. On voit maintenant des gens dans la quarantaine qui ont des symptômes assimilables à la maladie d'Alzheimer. Au moins 50 p. 100 des personnes affectées par le syndrome de Down présenteront des symptômes apparentés à la maladie d'Alzheimer à l'âge de 60 ans.

Leurs familles vieillissent : ces personnes sont admises dans des établissements de soins de longue durée. Quelque soit le cadre dans lequel les soins sont dispensés, nous devons nous intéresser tout particulièrement à ce sous-groupe de notre population d'aînés.

Avant de terminer, je tiens à remercier Mme Martin-Matthews et Mme McDonald. Nous illustrons à merveille le concept de collaboration pour faire passer les résultats de la recherche des considérations théoriques et du milieu universitaire jusqu'à la pratique.

Au nom de l'Association canadienne de gérontologie, je vous remercie de nouveau pour votre invitation d'aujourd'hui.

Lynn McDonald, directrice scientifique, Initiative nationale pour le soin des personnes âgées : Notre organisation est heureuse d'être des vôtres aujourd'hui. Nous sommes les petits derniers; nous n'avons même pas encore un an. Je représente l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSA). Nous sommes un réseau national et international de chercheurs et de praticiens qui s'impliquent dans les soins aux adultes âgés en médecine, en soins infirmiers et en travail social. Outre ces trois professions principales, nous nous intéressons à bon nombre de disciplines associées comme l'ergothérapie, la physiothérapie, la psychologie et le droit.

We are funded by the federal government through the Networks of Centres of Excellence New Initiative program, which we are truly thankful for. We are also funded most recently now through the International Research Development Centre, IRDC, which brings us 10 new partners from around the world: China, India, Germany and Australia, et cetera.

We have 100 members from the three major professions working together in teams of academics and practitioners. We have 25 partners in academia, business, and community institutions such as Baycrest Centre for Geriatric Care, a long-term care facility in Vancouver.

The overarching goal of our network is to provide quality care to older people. I will give a quick overview of NICE, why we exist and our recommendations. You have a brief in front of you.

The whole point of our network is the transfer of knowledge from research that Ms. Martin-Matthews funds into the end user's hands at the bedside so that treatment teams can provide the best possible care to older people. The network of members met and they picked 10 priorities for Canada. We are working our way through the list, because we have only so much money. We are starting with caregiving, dementia, and palliative care.

We decided we want to put the information in the hands of the people who need it as quickly as possible. We have developed pocket tools on capacity and consent. If someone does not know the law they pull it out, take a look, they have it there and they can work with family and older persons so everyone knows what is happening.

Our four theme teams are developing these tools as interdisciplinary teams. The tools will be used in a knowledge-transfer event. There will be at least six of them across the country. The event is to train community or an institutional team in the use of the tool, for them to go and use the tool, and then we will evaluate the tool. The people evaluating the tool are seniors and their families: Did the tool work and was it helpful?

NICE is a not-for-profit corporation housed at the University of Toronto at the Institute for Life Course and Aging, of which I am the director. Our board of directors includes seniors, their family members, and all the professions I am talking about in terms of researchers and practitioners.

We also have a student/mentor program. Ms. Martin-Matthews underlined the problem, and Ms. Hirst reinforced it — education is a huge issue in this country, and to attract younger

Nous sommes financés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Programme des nouvelles initiatives du réseau des Centres d'excellence, et nous lui en sommes vraiment reconnaissants. Nous avons également obtenu récemment du financement par le truchement du IRDC (International Research Development Centre), ce qui nous donne accès à dix nouveaux partenaires de différents pays du monde dont la Chine, l'Inde, l'Allemagne et l'Australie.

Nous pouvons compter sur 100 membres des trois professions principales qui conjuguent leurs efforts au sein d'équipes formées d'universitaires et de praticiens. Nous avons également 25 partenaires parmi les universités, les entreprises et les établissements communautaires comme le Baycrest Centre for Geriatric Care, un établissement de soins de longue durée de Vancouver.

Notre réseau a pour objectif principal d'améliorer la qualité des soins dispensés aux adultes âgés. Je vais vous présenter un bref survol de l'INSA, de sa raison d'être et de nos recommandations. Vous avez notre mémoire en main.

Notre réseau s'emploie en priorité à assurer le transfert des connaissances découlant des recherches financées par Mme Martin-Matthews au bénéfice des praticiens de telle sorte que les équipes de traitement puissent offrir les meilleurs soins possibles aux aînés canadiens. Les membres de notre réseau se sont réunis pour dégager dix grandes priorités pour le Canada. Nous nous attaquons à cette liste de façon progressive, parce que nous disposons de ressources financières limitées. Nous commençons avec la prestation de soins, la démence et les soins palliatifs.

Nous avons déterminé qu'il fallait mettre l'information à la disposition des gens qui en ont besoin le plus rapidement possible. Nous avons ainsi conçu des outils de consultation rapide pour les questions de capacité et de consentement. Si une personne ne connaît pas les lois applicables, elle peut rapidement consulter cet outil et travailler ainsi en toute connaissance de cause avec la famille et les aînés concernés.

Nos quatre équipes thématiques travaillent à la conception de ces outils suivant une formule interdisciplinaire. Ces outils seront mis de l'avant à l'occasion d'une activité de transfert des connaissances. Nous en tiendrons au moins six dans les différentes régions du pays. Il s'agit d'indiquer aux intervenants communautaires ou au personnel d'un établissement la façon dont l'outil peut être utilisé, de les laisser ensuite en faire l'essai pratique avant de procéder à une évaluation. Ce sont donc les aînés et leurs familles qui évaluent l'outil : est-ce que cela fonctionne bien et est-ce que c'est utile?

L'INSA est une organisation sans but lucratif qui est sise à l'Institute for Life Course and Aging de l'Université de Toronto dont je suis la directrice. Notre conseil d'administration comprend des personnes âgées, des membres de leur famille et des représentants de toutes les professions dont je vous ai parlées, tant à titre de chercheurs que de praticiens.

Nous avons également un programme de mentorat pour étudiants. Mme Martin-Matthews a soulevé le problème et Mme Hirst en a aussi parlé : l'éducation est pour nous une

people to gerontology and geriatric medicine is tough. We pay students to join us and we engage them in knowledge-transfer events with the treatment teams.

Why do we have our network? Why do we put it together? Our network is the poor man's version of the Hartford Foundation in the United States where they have invested over \$30 million in each of medicine, nursing and social work. They know they have an age wave coming forward and that they must be prepared. They have been doing that since 1984 and they continue to do it to today.

Obviously you know about the demographic change in this country from earlier panels. The second point is, we have a serious lack of professionals in this country, and a serious lack of professional training and education in geriatric medicine, gerontological social work and gerontological nursing. As an example, in 2000-01 seven medical students went into geriatric medicine for the whole country.

A study was done of the baccalaureate programs of nursing in this country, and the conclusion was there is little core gerontological content in programs and few clinical programs available for students to practice in.

In terms of social work, I will give an example: There are only two gerontology programs at the master's of social work level. The University of Toronto started one last year. Eighty students applied to go into child welfare and 12 students applied to go into aging.

The context I am talking about is, we have a shortage. I am also trying to say our education is not interdisciplinary. Ms. Cutler spoke earlier today about silos. Our education occurs in silos. At NICE, we promote education with an interdisciplinary context.

Older people are unique and have unique characteristics — they are diagnosed, the symptoms are atypical, the interventions are not what you would think and they require more or less medication — my medical colleagues can speak to that better than I. The truth is, better care is developed and delivered through teams. There is a considerable amount of research, and I have put all the research into your briefs so that you can take a look at it. We need to start training in an interdisciplinary framework.

We have made eight recommendations. They all have to do education. We have indicated a rationale for our recommendations and the action required.

importante préoccupation au Canada; il est très difficile d'intéresser des jeunes à étudier en gérontologie et en médecine gériatrique. Nous payons donc des étudiants pour travailler avec nous et nous les faisons participer à des activités de transfert de connaissances avec les équipes de traitement.

Quelle est la raison d'être de notre réseau? Pourquoi l'avons-nous mis sur pied? Notre réseau est la version bon marché de la Hartford Foundation aux États-Unis qui a investi plus de 30 millions de dollars dans chacun de ces trois secteurs : médecine, soins infirmiers et travail social. Les Américains ont repéré la vague de vieillissement qui se pointe à l'horizon et se préparent en conséquence. C'est ce qu'ils font depuis 1984 et ils poursuivent dans le même sens aujourd'hui.

Il est bien certain que les témoins qui nous ont précédés vous ont déjà parlé du changement démographique que connaît notre pays. Il y a en outre un manque criant de professionnels au Canada; un manque criant au chapitre de la formation et de l'éducation en médecine gériatrique, en travail social gérontologique et en soins infirmiers gérontologiques. À titre d'illustration, il y avait sept étudiants en médecine gériatrique dans tout le pays en 2000-2001.

Une étude sur les programmes de baccalauréat en sciences infirmières au Canada a permis de conclure que leur contenu gérontologique était plutôt mince et qu'il existait peu de programmes cliniques permettant aux étudiants et étudiantes de mettre en pratique cette théorie.

Pour ce qui est du travail social, je peux vous dire par exemple qu'il n'existe que deux programmes de gérontologie au niveau de la maîtrise. L'Université de Toronto en a démarré un l'an dernier. Quatre-vingts étudiants ont choisi le volet protection de l'enfance pendant que 12 optaient pour le vieillissement.

Nous devons donc travailler dans un contexte de pénurie. Je m'efforce aussi de faire valoir que notre éducation n'est pas suffisamment interdisciplinaire. Mme Cutler vous a parlé tout à l'heure de silos. C'est exactement ce qui caractérise notre système d'enseignement. À l'INSA, nous préconisons l'éducation dans un cadre interdisciplinaire.

Les personnes âgées sont uniques et présentent des caractéristiques uniques : elles reçoivent un diagnostic, leurs symptômes sont atypiques, les interventions requises sont différentes de ce qu'on peut imaginer et on doit leur prescrire des quantités variables de médicaments — mes collègues médecins pourraient vous en parler mieux que moi. Le fait demeure que c'est en travaillant en équipe que l'on est mieux en mesure de leur fournir des soins de qualité. De nombreuses recherches ont été menées à ce sujet; je les ai citées dans notre mémoire pour que vous puissiez vous y référer. Il faut que nous commencions à dispenser la formation dans un environnement multidisciplinaire.

Nous avons formulé huit recommandations. Elles concernent toutes l'éducation. Pour chacune d'elles, nous avons fourni une justification et indiqué les mesures nécessaires.

Our first recommendation is obvious. We need to increase the number of gerontological/geriatric specialists in this country: nurses, doctors, social workers, and psychologists, et cetera.

The second recommendation is, we must develop and build upon existing interdisciplinary centres or institutions of aging across this country.

The Social Sciences and Humanities Research Council, SSHRC, put in place and funded the development of centres on aging years ago. They have done a marvellous job in terms of research. With more emphasis now, we can build on that infrastructure and train people in interdisciplinary teams in those centres.

The third recommendation from NICE is that gerontology/geriatrics must be required as part of the core knowledge of any graduate degree in the health professions. We also believe that community-based providers and institutionally-based educators must come together and develop curricula.

Next, interdisciplinary geriatric education should be a core requirement for all health professionals. People who are already in the field deserve more continuing education. Language is an issue and we need to find ways to communicate how to provide the best care.

Recommendation 7 is that we must put funding into developing faculty, at least in the three main faculties, so we can get a cadre of professionals in this country who are committed to training our professionals.

Finally, we need to devote part of our research agenda to the needs of practitioners in health-based professions. We need to transfer that knowledge as quickly as possible into the hands of the people using that knowledge. I include older people themselves and their families.

The Chairman: Thank you. I would like to put one question to all of you before I turn it over to other senators. Why are we not attracting people into gerontology and geriatrics — nurses, social workers and obviously physicians?

Ms. Hirst: From a nursing perspective, we have students coming in at 18 and 19 years of age. They have preconceived ideas of what nursing is. It is emergency room, ER. It is intensive care unit, ICU. We do not educate them early enough in grade 1 and grade 2 to realize the richness, diversity and complexity of gerontological nursing practice. They come in with society's attitudes.

Ms. McDonald: There is an ageist attitude in this country. I dare say that gerontology/geriatric medicine is not sexy. These are old people who are chronically ill and you never make them

Notre première recommandation va de soi. Il nous faut augmenter le nombre de spécialistes des soins gériatologiques et gériatriques comme les infirmières, les médecins, les travailleurs sociaux et les psychologues.

En deuxième lieu, nous recommandons que l'on développe les centres d'excellence interdisciplinaires existants qui offrent une formation en matière de vieillissement.

Le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) a mis sur pied ces centres il y a de nombreuses années et a financé leur développement. On y a accompli un travail extraordinaire en matière de recherche. En misant encore davantage sur ces ressources, nous pourrions maintenant utiliser ces infrastructures pour former les gens à l'intérieur d'équipes interdisciplinaires.

La troisième recommandation de l'INSA est qu'un contenu obligatoire en gérontologie ou en gériatrie soit inclus dans la base de connaissances exigée pour tout diplôme d'études supérieures dans les professions de la santé. Nous estimons également que les fournisseurs de services communautaires et les éducateurs institutionnels doivent travailler de concert pour élaborer le contenu des programmes d'études.

De plus, la formation interdisciplinaire en gériatrie doit être une exigence de base pour tous les professionnels de la santé. Une fois en poste, ceux-ci doivent également pouvoir compter davantage sur une formation permanente. À ce titre, la langue peut poser un problème et il nous faut trouver des moyens de communiquer les pratiques optimales en matière de soins.

Notre septième recommandation préconise un financement pour le perfectionnement du personnel enseignant, tout au moins dans les trois disciplines principales, de manière à établir au Canada un noyau de professionnels prêts à offrir ce perfectionnement.

Enfin, il nous faut tenir compte dans notre programme de recherche des besoins des praticiens dans les professions de la santé. Il faut que les connaissances ainsi acquises puissent être transmises le plus rapidement possible aux personnes qui vont les utiliser dans la pratique, ce qui comprend les aînés eux-mêmes et leurs familles.

La présidente : Merci. J'aimerais poser une question qui s'adresse à vous toutes avant de laisser la parole aux autres sénateurs. Pourquoi ne parvenons-nous pas à intéresser tous ces gens — infirmières, travailleurs sociaux et médecins bien évidemment — à la gérontologie et à la gériatrie?

Mme Hirst : Du point de vue des sciences infirmières, nous avons des étudiants et des étudiantes qui débutent le programme à 18 et 19 ans. Ces jeunes ont déjà des idées préconçues au sujet des soins infirmiers. Ils pensent aux urgences. Ils se voient aux soins intensifs. Il faudrait les sensibiliser dès la première et la deuxième années à la richesse, à la diversité et à la complexité des soins infirmiers dans le secteur gériatologique. Ils nous arrivent avec les attitudes que la société leur a transmises.

Mme McDonald : Il y a une discrimination à l'égard des personnes âgées au Canada. J'oserais même dire que la médecine gériatologique ou gériatrique n'a rien de très attrayant. On parle

better. Maintenance is all you can hope for. People have a negative view. They do not understand how exciting it is to work with older people. If I could reach those people and expose them to working with older people, they can get turned on. That is our experience.

The other issue is lack of money. Students need money. If we focused in on scholarships for gerontologists, we would make a huge difference. We cannot do that. I kept saying in my faculty, "Give me money, and I will find you 30 gerontologists." I know that is right, because that is what the Americans did, and it paid off in spades.

Ms. Hirst: It is education of faculty as well. Being a faculty member, it is encouraging and supporting and working with my colleagues around curriculum development to realize that maternal-child is not the only way to deliver care.

Ms. Martin-Matthews: To reinforce what my colleagues have said, even if one is successful in recruiting students to the excitement of the field of gerontology, which we have all been in for over 30 years, there are often only one or two such students in a program. They lack that sense of critical mass and linking with others.

The Institute of Aging this year created something called the Summer Program in Aging, SPA. Come to the SPA for a week in June for a brain massage in aging. We selected about 60 to 70 students from across Canada and brought them together for one week. I am talking about all fields. The people in the lab need to understand that even if they have never met an older person, they are doing work that is relevant. They meet the students in social work. This was a grand experiment, one year, highly successful, and we intend to repeat it again. It is expensive, and we need to work with colleagues. That is one week in a whole year for 60 students. I met a student a few weeks ago who said, "Going to something like that was the best thing I have ever done." We can capitalize on those types of things by bringing them together, but working in isolation or feeling like your friends or colleagues are doing more interesting or more life-saving kinds of programs is an issue for us.

Senator Keon: I am not that old. Maybe I could go back and become oriented in gerontology. I was thinking that there must be a tremendous labour pool out there of nurses and, to a lesser degree, doctors, because they do retire a bit older, especially those in private practice, but the academics all must retire at age 65 — not any more, but they did when I was practising. They all did. They very young and they retired as young 65-year-olds. Many nurses retired at 55 because of the great pension plans. I hate to

de personnes âgées qui souffrent de maladies chroniques et il est impossible de les guérir. Le mieux que vous puissiez espérer, c'est de les maintenir en vie. Les gens voient la chose d'un mauvais œil. Ils ne comprennent pas à quel point il peut être stimulant de travailler avec des personnes plus âgées. Si on pouvait aller chercher ces gens et les faire travailler auprès des aînés, le déclic pourrait se faire. C'est du moins ce que nous avons pu constater.

Il y a également le problème du manque de fonds. Les étudiants ont besoin d'argent. Si nous faisions le nécessaire pour offrir des bourses en gérontologie, cela ferait une différence énorme. C'est malheureusement impossible. Je répétais sans cesse aux responsables de ma faculté que s'ils me fournissaient les fonds suffisants, je pourrais leur trouver 30 gérontologues. Je ne crains pas de me tromper, parce que les Américains l'ont essayé et ont connu beaucoup de succès.

Mme Hirst : Il faut sensibiliser aussi les membres de la faculté. Je dois multiplier les mesures d'encouragement et de soutien et collaborer avec mes collègues pour que le programme d'études soit élaboré en tenant compte du fait que les soins de santé ne se limitent pas aux seuls soins dispensés à la mère et à l'enfant.

Mme Martin-Matthews : Pour renchérir sur les propos de mes collègues, je dirais que même lorsque l'on parvient à recruter des étudiants en leur faisant valoir l'intérêt d'une carrière en gérontologie, carrière que nous menons toutes depuis plus de 30 ans, on n'en retrouve souvent qu'un ou deux par programme. Il n'y a donc pas la masse critique requise pour que ces étudiants puissent établir des liens entre eux.

L'Institut du vieillissement a mis sur pied cette année un programme d'été qui consiste en une semaine de sensibilisation intensive en juin. Nous avons sélectionné une soixantaine d'étudiants de toutes les régions du Canada pour les regrouper pendant une semaine. Ces étudiants provenaient de toutes les disciplines. Les techniciens en laboratoire doivent comprendre qu'ils accomplissent un travail qui touchent les personnes âgées, et ce, même s'ils ne côtoient pas nécessairement ces aînés dans le cadre de leurs fonctions. On leur fait rencontrer les étudiants en travail social. Cette première expérience a connu un vif succès et nous comptons bien la répéter. Des coûts considérables y sont associés et nous devons travailler en collaboration avec nos collègues. Il s'agit d'une seule semaine dans toute l'année pour 60 étudiants. J'ai rencontré récemment un étudiant qui m'a dit que c'est la meilleure chose qui aurait pu lui arriver. Nous pouvons tirer parti de ce genre d'interactions en réunissant ces étudiants, car nous éprouvons vraiment des problèmes avec le travail en vase clos ou cette impression que nos amis ou nos collègues se retrouvent dans des programmes plus intéressants ou plus susceptibles de permettre de sauver des vies.

Le sénateur Keon : Je ne suis pas si vieux. Peut-être que je pourrais me recycler en gérontologie. Je me disais qu'il doit exister un bassin considérable de main-d'œuvre parmi les infirmiers et infirmières et, dans une moindre mesure, les médecins, étant donné qu'ils prennent leur retraite un peu plus tard, surtout en pratique privée, alors que les universitaires doivent se retirer à 65 ans — ce n'est plus le cas, mais il en était ainsi lorsque je travaillais. C'est d'ailleurs ce qu'ils faisaient tous. Ils prenaient

admit it, but I encouraged them, as an administrative person, because I could hire two juniors for the price of one senior, and they would take their pension.

I was thinking as you were speaking that something that might be worth a look is to try to interest some of the older health professionals in physiotherapy, nursing and medicine in coming back into an orientation program and becoming involved. That may be something for you to think about at the institute.

Ms. Martin-Matthews: The Social Sciences and Humanities Research Council, which is a different funding council from the one I represent at CIHR, had a program of reorientation grants some years ago. They took people who were not necessarily retired but were in fields relevant to aging, and that was deemed a successful program. At CIHR, we tried to develop something like that a few years ago with what we called a mid-career award in aging. The idea was to take people who were already working in a related area and pluck them out for a year, immerse them in aging and see where they could go. It was expensive. We felt, as an institute by ourselves, in the context of CIHR's larger budget pressures and its elimination of a career program, we could not continue that. However, there is merit in looking at that as a possibility. Our focus was not, as you are describing, Senator Keon, so much post-retirement but taking people at that crucial juncture in mid-career and doing some reorientation.

Ms. Hirst: The average age of a registered nurse in this country is close to 50. We know we have a drastic national shortage, and we have tried to do work through the Canadian Gerontological Nursing Association to pull those nurses back in, but we are consistently told it is not worth it, and it is too hard. They are tired, and I am afraid that is a reality we are dealing with.

Ms. McDonald: I must run a cruel ship, but at the Institute for Life Course and Aging, I have about seven people who come in as older people — journalists, a physician and many different people — and work. They now want to join NICE and say, "Anything I can do to help." I was hard on them and told them, "Well, if you're going to sit here and use our space at U of T, apply for a grant." They all did, and most of them received grants. They are happy with themselves, and they are having a blast. It was an accident, a serendipitous development, but it is a good suggestion.

leur retraite alors qu'ils avaient à peine 65 ans. Beaucoup d'infirmières sont parties à 55 ans en raison des régimes de retraite très généreux. Je dois admettre que dans mon rôle d'administrateur, j'ai encouragé des infirmières à le faire car je pouvais embaucher deux débutantes pour le prix d'une infirmière chevronnée, et celle-ci avait accès au régime de pension.

En vous écoutant, j'ai pensé qu'il pourrait être intéressant d'envisager la possibilité d'approcher des professionnels de la santé plus âgés dans les domaines de la physiothérapie, des soins infirmiers et de la médecine pour voir s'ils seraient intéressés à reprendre le collier en se réorientant en gériatrie. Cela pourrait constituer une piste de réflexion pour votre institut.

Mme Martin-Matthews : Le Conseil de recherches en sciences humaines, un organe de financement distinct de celui que je représente aux IRSC, offrait il y a quelques années un programme de bourses pour la réorientation de carrière. Ce programme s'adressait à des gens qui n'étaient pas nécessairement à la retraite, mais qui pouvaient travailler dans des domaines connexes au vieillissement; on considère qu'il produisait des résultats intéressants. Aux IRSC, nous avons essayé d'élaborer quelque chose de semblable il y a quelques années sous forme de ce qu'on appelait des bourses de mi-carrière en vieillissement. Il s'agissait de prendre des gens qui travaillaient déjà dans un domaine connexe et de les en retirer pendant une année complète au profit d'une immersion dans le secteur du vieillissement afin de voir où cela pouvait les amener. C'était très coûteux. Nous avons jugé que nous ne pouvions pas poursuivre l'expérience, étant donné que nous sommes un institut indépendant et compte tenu des autres contraintes budgétaires des IRSC et du fait qu'un programme de développement professionnel avait été supprimé. Il s'agit toutefois d'une possibilité qui demeure intéressante. Nos efforts de réorientation étaient ciblés non pas, comme vous l'avez indiqué, sénateur Keon, sur des personnes ayant déjà pris leur retraite, mais plutôt sur des professionnels se retrouvant à un carrefour important en milieu de carrière.

Mme Hirst : L'âge moyen des infirmières et infirmiers autorisés au Canada atteint presque 50 ans. Nous savons que nous sommes confrontés à une grave pénurie à l'échelle nationale, et nous avons essayé par le truchement de l'Association canadienne des infirmiers et infirmières en gériatrie d'inciter ces professionnels à reprendre du service, mais on ne cesse de nous répéter que le jeu n'en vaut pas la chandelle, que c'est trop difficile. Ces gens sont fatigués et j'ai bien peur que nous ne puissions rien y faire.

Mme McDonald : Il est possible que je sois un peu strict, mais à l'Institute for Life Course and Aging, nous avons quelque sept personnes qui sont revenues au travail après que l'âge de la retraite eut sonné — des journalistes, un médecin, bien des gens différents. Ils souhaitent maintenant participer à l'INSA en faisant valoir qu'ils sont prêts à faire tout ce qu'il faut pour aider. Je ne les ai pas ménagés en leur disant que s'ils voulaient utiliser les locaux de l'Université de Toronto, ils devraient demander une bourse. C'est ce qu'ils ont tous fait, et la plupart d'entre eux en ont obtenu une. Ces personnes sont fières d'elles-mêmes et profitent d'un souffle nouveau. Il s'agit d'une heureuse coïncidence, mais la suggestion demeure valable.

Senator Keon: I have a friend who is the same age as I am and who went to medical school with me. He told me this summer that he owns eight per cent of a seniors' residence, and it is already giving him a nice income. He said the major reason he invested there is he wants to go there with his wife when the time comes. I thought that was a great idea. Seniors have money, and there is this tremendous shortage of appropriate facilities, housing and in the various dimensions and so forth. Much of it is owned by the private sector. If someone could involve seniors in investing in themselves, they could make a tremendous contribution to their lack of housing and so forth, and they would add a great deal to the planning of the continuum.

Ms. Hirst: That is an excellent idea. I think it would make an informed choice where a senior could help design something that he or she would like to live in, as long as it is one of the choices available to a senior.

Ms. Martin-Matthews: I am thinking about the work done by Ms. McDonald on retirement and income. The number of older Canadians that fall below the poverty line has decreased in certain years. Despite that increasing wealth and the fact that fewer are falling below the poverty line, we still have large segments of the elderly population who would not fall into the category of which you speak. However, many do and many are entrepreneurial enough to see real opportunities. The real challenge will be to ensure that where those opportunities arise, they are distributed across the country in terms of where people live. There are great concentrations of older people in downtown Vancouver, Toronto and Montreal, but in rural areas the investment opportunities may not be obvious and it is more complex to deliver services. We have high concentrations and congregations of older people in those settings. That model will take us so far but we must look at a whole suite of service opportunities.

Senator Keon: We were talking earlier with the previous panel about this phenomenon of core services for seniors. If it could be defined, then hopefully government would pick up the core services. However, government will not cover everything. It is a real challenge to involve the insurance industry and try to avoid the phenomenon of people paying out of their pockets because we have heartbreaking examples of people who run out of money.

Maybe you have some ideas on how we might put such a suggestion together regarding core services for seniors, ancillary supplemental services that could be paid for through insurance, and so on.

About six weeks ago, I had the great honour and pleasure of representing the Minister of Health at a think-tank in Europe on how to fund the gaps in health. The gaps exist in every country in

Le sénateur Keon : J'ai un ami de mon âge qui fréquentait la faculté de médecine en même temps que moi. Il m'a appris cet été qu'il possédait 8 p. 100 des parts d'une résidence pour aînés, ce qui lui procure déjà un revenu intéressant. Il m'a dit qu'il avait surtout investi dans cette résidence parce qu'il comptait s'y installer avec son épouse. Je me suis dit que c'était une brillante idée. Les aînés ont de l'argent, et il y a ce manque criant d'installations appropriées, de logements et de différentes ressources semblables. Dans la plupart des cas, c'est le secteur privé qui en est propriétaire. Si on pouvait inciter les personnes âgées à investir dans leur avenir, elles pourraient contribuer grandement à atténuer le manque de logements et les problèmes de ce genre et faciliteraient ainsi de beaucoup la planification du continuum de services.

Mme Hirst : C'est une excellente idée. Je crois qu'on pourrait parler d'un choix bien éclairé si une personne âgée pouvait contribuer à la conception de l'établissement dans lequel elle souhaiterait résider, pour autant qu'on lui permette d'avoir son mot à dire.

Mme Martin-Matthews : Je pense aux recherches menées par Mme McDonald concernant la retraite et le revenu. Il y a eu des années où le nombre de Canadiens âgés se retrouvant sous le seuil de la pauvreté a diminué. Malgré la richesse accrue et le fait que les aînés sont moins nombreux sous le seuil de la pauvreté, il y a encore de larges segments de cette population qui ne pourraient se sentir concernés par de telles possibilités d'investissement. Mais c'est tout de même le cas de plusieurs d'entre eux et ils sont nombreux à avoir suffisamment l'esprit d'entreprise pour tirer parti de ces occasions bien concrètes. La véritable difficulté viendra plutôt de la nécessité d'assurer une juste répartition de ces investissements éventuels dans les différentes régions du pays. Il y a de fortes concentrations de personnes âgées dans les centres-villes de Vancouver, Toronto et Montréal, mais les possibilités d'investissement ne seront peut-être pas aussi manifestes en région rurale où il est toujours plus complexe d'offrir les services. Il y a également de bonnes concentrations d'aînés dans ces environnements. Ce modèle peut nous amener loin, mais nous devons tenir compte de tout l'éventail des services à dispenser.

Le sénateur Keon : Avec les témoins précédents, nous avons parlé du phénomène des services de base pour les aînés. Si l'on pouvait bien définir ces services, on pourrait espérer que le gouvernement les prenne en charge. Cependant, le gouvernement ne peut pas tout faire. Il faut donc redoubler d'efforts pour obtenir la contribution du secteur de l'assurance afin d'éviter que des gens aient à défrayer ces services à même leurs propres ressources et se retrouvent ainsi sans le sou, un risque que de douloureux exemples nous empêchent de négliger.

Peut-être avez-vous certaines idées quant à la manière dont nous pourrions formuler une telle suggestion concernant les services de base pour les aînés et les services auxiliaires complémentaires qui pourraient être payés par l'assurance, notamment.

Il y a environ six semaines, j'ai eu le grand honneur et le plaisir de représenter le ministre de la Santé à l'occasion d'une réunion de réflexion tenue en Europe sur les modes de financement à

the world. A lot of insurance people were at a meeting recently. It became obvious that if they are to fund the gaps, they have to start early. It would have to be something like a whole life insurance policy that you can draw down when you become old but you pay for it when you are young. There will need to be real thought going into that. It will require tremendous thought from government, the private sector, the insurance sector and so on.

I am interested in hearing you talk a bit about how this continuum of services, first, could be described; second, the core services defined; and, third, the supplemental services could be paid for. That is asking a lot of you without preparation, but it is not important that you are not prepared. You are all experts: tell us what you think.

Ms. Hirst: Regarding core services, another layer here is that our older adults are changing. We know that older adults are primarily females — that is evident. They experience financial changes and education changes. We are planning for a senior population now, and in 10 years the population is different. I suspect that some of those core services may have changed by then. Certain basic services such as housing, food, shelter, companionship are core. How you define them? I am not sure how to answer that, but they are fundamental to every individual, regardless of age. There is transportation, choice, companionship and freedom. We will not have freedom from disease and chronic conditions, but we need the ability to manage and work within the constraints that condition may give us to give quality of life, which I think is an over used term.

Ms. Martin-Matthews: The point about two or more generations over the age of 65 is really important. One of my favourite slides that I like to show when I meet with the public — and, I showed it when I met with the deputy ministers last year — is one depicting a man who is about 80 or 85 years old. He is standing in a garden in front of a lovely house in the U.K. That is our image of a typical older person. Spinning in from the side is his son, standing there with his arm around his father. The son is Mick Jagger. Mick Jagger is 63 years old. He is iconic for a certain generation but the point is made. It makes the point that when we think about planning for the future, we must remember that scene is the older person of the next generation. We are planning not only for Mick's dad but also for Mick himself. We must keep that point in mind, namely that aging is not all necessarily health and disability; it is related to active living, wellness promotion and disease prevention. That must be part of the way that we see the environment in which people will live as they age.

déployer pour combler les lacunes en matière de santé. Tous les pays du monde sont aux prises avec des problèmes semblables. De nombreux représentants du milieu de l'assurance étaient présents. Il est ressorti clairement que si cette tâche en venait à leur incomber, ils devraient s'y prendre très tôt. Il faudrait que cela prenne la forme d'une police d'assurance pour la vie entière de laquelle vous pourriez retirer des fonds lorsque vous devenez plus vieux, mais à laquelle vous devriez contribuer dès votre jeune âge. Les gens de l'assurance devraient se montrer très stricts dans l'application d'une telle formule. Il y a là amplement matière à réflexion pour les gouvernements, le secteur privé et l'industrie de l'assurance notamment.

J'aimerais que vous nous disiez un peu ce que vous pensez de la manière dont, premièrement, ce continuum de services devrait être décrit; deuxièmement, les services de base devraient être définis; et, troisièmement, les services complémentaires devraient être défrayés. Je sais que je vous en demande beaucoup à brûle-pourpoint, mais vous n'avez pas vraiment besoin de préparation. Vous êtes toutes des expertes, alors dites-nous ce que vous en pensez.

Mme Hirst : Pour ce qui est des services de base, il faut également considérer le fait que notre population d'ainés est en pleine évolution. Nous savons que les femmes y sont majoritaires — c'est une évidence. Leur situation financière change, tout comme leur niveau d'instruction. Nous planifions en fonction de la population des aînés dans sa forme actuelle mais, dans dix ans, elle aura changé. Je présume qu'une partie des services de base devront également être modifiés. Certains de ces services comme le logement, l'alimentation, les centres d'hébergement et l'accompagnement sont fondamentaux. Comment faut-il les définir? Je ne sais pas trop quoi répondre, mais il est certain que ces services sont essentiels à tous les citoyens, peu importe leur âge. On parle de transport, de choix, d'accompagnement et de liberté. Nous ne pouvons pas nous affranchir de la maladie et des malaises chroniques, mais il faut que nous soyons en mesure de composer avec les contraintes que cela pose quant à notre qualité de vie, une expression surutilisée selon moi.

Mme Martin-Matthews : Il est important de signaler qu'il peut y avoir deux générations ou plus après l'âge de 65 ans. L'une des diapositives que j'aime bien présenter lorsque je fais des exposés publics — et je l'ai fait lorsque j'ai rencontré les sous-ministres l'an dernier — montre un homme d'environ 80 à 85 ans. Il est debout dans un jardin devant une jolie maison au Royaume-Uni. C'est l'image type que nous avons d'une personne âgée. On voit soudain apparaître le fils qui prend son père par l'épaule. C'est Mick Jagger. Il a 63 ans. C'est l'icône de toute une génération, mais le message est bel et bien passé. On comprend que lorsqu'il est question de planifier l'avenir, il faut se rappeler que le fils dans cette scène sera l'ainé de la prochaine génération. Nous planifions non seulement pour le père de Mick, mais aussi pour Mick lui-même. C'est une réalité à ne pas perdre de vue; vieillir n'est pas seulement une question de santé et de déficience; c'est aussi une affaire de vie active, de promotion du mieux-être et de prévention des maladies. C'est un aspect que nous devons prendre en compte lorsque nous envisageons l'environnement dans lequel les gens vieilliront.

Often, there is an issue of psychology here. A lot of the work that the Institute of Aging has funded lately related to mobility has to do with driving and driving cessation. When people come to the point where they are no longer able to drive, they see that as the end of being independent and mobile. There is a real issue here. We must say to people, "You can still get out. You can hire a taxi. Look at what your car costs, all those payments, and insuring and fuelling it, versus not having that expense and what any one taxi ride would cost." A real education needs to go on there. We do not necessarily need to replace the ability to drive with a publicly funded service. People will putting out less money if they take taxis. There is a certain kind of education, for example, engaging with the private sector of taxi drivers to have certain kinds of service at off-peak times, or to go set distances. In addition, we must recognize that not everyone has a car. We must look at the range of publicly funded transportation services and not necessarily add to them but make them more accessible.

A whole range of public-private partnerships can be brought to bear, as you describe, but a lot of education of the population is needed at the same time.

Ms. Hirst: There is a transportation system in the U.K. where an older person can pay a neighbour. It is an association that is funded through local grants and through taxpayers' money, but the older person may pay the cost for gas. That service raises insurance issues, but it is strictly voluntary. It shows one example of meeting the transportation needs of older adults that we are not considering in this country yet.

The Chairman: We had a colleague who came to speak to me about his mother. She would not use taxis because they were much too expensive. He did not know what to do. I said, "Buy a whole bunch of taxi coupons. Put them on her front table and tell her that they are already paid for." It worked. All of a sudden it was not her money and she was happy.

My question has to do with education. When I was minister responsible for palliative care one of the issues was how we train physicians to become interested in palliative care — exactly the question in which you are engaged. We were able to find \$1.25 million to fund curriculum in palliative care. It has now become a core curriculum and not a student will graduate from medical school in 2008 that will not have core training palliative care. Do we need the same thing in gerontology? I gather from Dr. McDonald's vigorous nodding of her head in the affirmative that the panel members are saying yes.

Il y a souvent une question de psychologie qui entre en jeu. L'Institut du vieillissement a financé récemment différentes études portant sur la mobilité et le fait de pouvoir continuer à conduire ou non. Lorsqu'une personne en arrive au point où elle n'est plus en mesure de conduire, elle y voit une perte de son autonomie et de sa mobilité. Il s'agit d'un problème véritable. Il faut bien faire comprendre à ces gens qu'ils peuvent continuer à sortir. Ils peuvent appeler un taxi. Il suffit de leur rappeler ce que coûte une voiture; tous ces paiements, les assurances et le carburant, par rapport à ce que peut coûter une course en taxi. Il y a vraiment un travail de sensibilisation à faire. Il ne faut pas nécessairement remplacer la possibilité de conduire soi-même par un service financé à même les fonds publics. Il peut en coûter moins cher de prendre des taxis. Il faut aussi sensibiliser, par exemple, le secteur privé et les entreprises de taxi pour qu'ils offrent certains services en dehors des heures de pointe ou qu'ils prévoient des tarifs fixes. Par ailleurs, il faut aussi reconnaître que certaines personnes n'ont pas de voiture. Il faut donc aussi considérer la gamme de services de transport publics offerts sans nécessairement songer à y faire des ajouts, mais en cherchant à les rendre plus accessibles.

Toute une gamme de partenariats publics-privés peuvent être mis à contribution, comme vous l'avez indiqué, mais il y a également un grand travail de sensibilisation à faire auprès de la population.

Mme Hirst : Il existe au Royaume-Uni un système qui permet à une personne âgée de payer un voisin pour son transport. Il s'agit d'une association qui est financée au moyen de subventions locales et à même les fonds publics, mais la personne âgée peut avoir à défrayer le coût du carburant. Un service de ce genre soulève certaines questions du point de vue des assurances, mais il est offert strictement sur une base volontaire. C'est un autre exemple de solution aux besoins en transport des aînés que nous n'envisageons pas encore au Canada.

La présidente : Un collègue est déjà venu me parler de sa mère qui ne prenait pas de taxi parce que c'était trop dispendieux. Il ne savait pas trop quoi faire. Je lui ai suggéré d'acheter un paquet de coupons de taxi et de les placer sur la table d'entrée de sa mère en lui disant qu'ils étaient prépayés. La manœuvre a fonctionné. Tout à coup, ce n'était plus son argent et elle était heureuse.

Ma question concerne l'éducation. Lorsque j'étais ministre responsable des soins palliatifs, nous cherchions notamment à trouver la façon d'intéresser les médecins à ces soins dans le cadre de leur formation. Nous essayons de répondre à la même question aujourd'hui. Nous avons pu trouver 1,25 millions de dollars pour financer un programme d'études en soins palliatifs. Cela fait maintenant partie du programme principal et aucun étudiant ne pourra obtenir son diplôme d'une faculté de médecine en 2008 sans avoir suivi cette formation de base en soins palliatifs. Devons-nous faire la même chose avec la gérontologie? Si j'interprète bien la réaction de Mme McDonald qui hoche de la tête avec enthousiasme, nos témoins seraient favorables à une telle suggestion.

Ms. McDonald: We have to do so. We must say, "This matters. Here is the money. Get on with it." It worked with palliative care and it will work with aging. I know it will work.

Ms. Martin-Matthews: I hope that during its deliberations the committee will talk to the gerontological nurses and the Canadian Geriatrics Society. When we talk to those groups they speak to the real issues relating to the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, which sets the regulations. A powerful message, in addition to the resourcing issue, is imperative.

Ms. Hirst: I can speak for the gerontological nurses because I serve on their executive. Education is core and it must be evidence-based. We cannot work on the same traditions that we have been trained under for 50 years. Education must go back to evidence and research guiding our practice. It must go back to education of what a social worker does and what a psychologist does so that we work in partnership. That is the value of the network.

The Chairman: There has always been a natural affiliation between children and their grandparents. You could build an initiative around trying to attract young nursing students on the basis of their grandparents. They could be trained to help those people that they are so fond of, in particular at a time when they might not be so fond of their parents.

Ms. Hirst: There are some intergenerational programs, one in Winnipeg and one in Calgary. Consistently, we hear from students that it depends on how much they like their grandmothers.

The Chairman: They probably like their grandmothers more than they like their mothers, if that is their attitude.

Senator Mercer: I am curious about the line of questioning taken by Senator Carstairs. I suggest not only do we need to have mandatory training for medical and nursing students but we also may need to bring training down to the high school level. At that point, perhaps, Senator Carstairs' last comment on people's relationships with their grandparents will kick in nicely and allow them to think about it. One primary group of people who will be caregivers are those young people for their parents, at least for a period of time. Many of us provide care for our parents at some time. I like the story about Mick Jagger's dad but I am more concerned about the fishermen's dad and the cleaning person's dad. I do not think I will hold a tag day for Mick Jagger's dad.

In your presentation, you mentioned national standards. The committee is developing themes as we hear testimony from more witnesses before the committee. One of them speaks to national

Mme McDonald : Il faut qu'on le fasse. Il faut que l'on reconnaisse l'importance de la gérontologie et que l'on dégage les fonds nécessaires pour aller de l'avant. Si cela a fonctionné avec les soins palliatifs, il en sera de même avec le vieillissement. Je sais que ça va marcher.

Mme Martin-Matthews : J'espère que votre comité aura l'occasion de s'entretenir au fil de ces délibérations avec des représentants des infirmiers et infirmières en gérontologie et de la Société canadienne de gériatrie. Les gens de ces groupes sont en mesure de nous parler des problèmes concrets découlant du rôle du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada, chargé de l'établissement des règlements. Il est impératif de transmettre un message clair, en plus de libérer les ressources suffisantes.

Mme Hirst : Je peux parler au nom des infirmiers et infirmières en gérontologie parce que je fais partie de leur conseil d'administration. L'éducation est primordiale et elle doit être fondée sur des éléments factuels. On ne peut pas simplement poursuivre la tradition en offrant la même formation qui est dispensée depuis 50 ans. L'éducation doit s'appuyer sur les données factuelles et les résultats de recherche qui guident notre pratique. Il faut qu'on enseigne ce que fait un travailleur social et ce que fait un psychologue de manière à favoriser le travail en partenariat. C'est ce que permet de faire le réseau.

La présidente : Il y a toujours eu une affiliation naturelle entre les enfants et leurs grands-parents. Vous pourriez mettre sur pied une initiative qui viserait le recrutement de jeunes étudiants en soins infirmiers en misant sur leur affection pour leurs grands-parents. On pourrait former ces jeunes de telle sorte qu'ils puissent aider ces gens qu'ils aiment tant, surtout à une époque de leur vie où ils n'apprécient pas autant leurs propres parents.

Mme Hirst : Il existe certains programmes intergénérationnels, dont un à Winnipeg et un à Calgary. Il y a toujours des étudiantes qui nous disent que l'efficacité dépend dans une large mesure de l'affection qu'elles portent à leurs grand-mères.

La présidente : Il est probable qu'elles apprécient davantage leurs grand-mères que leur mère, si je me fie à leur attitude.

Le sénateur Mercer : La perspective adoptée par le sénateur Carstairs n'est pas inintéressante. Selon moi, non seulement devrions-nous rendre obligatoire la formation en gérontologie pour les étudiants en médecine et en soins infirmiers, mais nous devrions aussi la dispenser au niveau secondaire. C'est peut-être à ce moment-là que la suggestion du sénateur Carstairs s'appuyant sur les relations des jeunes avec leurs grands-parents pourrait être le plus susceptible de les lancer sur une piste de réflexion. Ces jeunes seront parmi les premiers à devoir prendre soin de leurs propres parents, tout au moins pendant une certaine période. C'est le cas pour bon nombre d'entre nous. J'aime bien cette anecdote avec le père de Mick Jagger, mais je suis davantage préoccupé par le sort du père du pêcheur ou de celui de la préposée à l'entretien. Je ne crois pas que j'aurai à tenir de collecte publique pour le père de Mick Jagger.

Dans votre exposé, vous avez parlé de normes nationales. Certains thèmes se dégagent au fil des témoignages que nous entendons devant ce comité. La définition de normes nationales

standards and what they are. I ask for the view of all three witnesses on where we should begin in that regard. Do you have a list of where to begin, what to add or subtract next, and how to refine, change or in some way retool that list?

Ms. Hirst: From a national standards perspective there are two immediate thoughts, but standards are not restricted to those only. Education is the place to begin. It is a provincial issue but certain national association groups work with Ms. McDonald, for example. There are core content areas that every single professional faculty should be exposed to. Palliative care is the perfect example. If faculties could move into gerontological nursing, I would be first at the door. Also, education must begin before junior high school. The second area that comes to mind is long-term care because that definition varies across the country. How many staff do we have? How is it funded? How are decisions made about going into those facilities?

Ms. McDonald: We need to educate people on aging as part of the life course perspective starting in grade school by having children involved in volunteer activities. We did that in Winnipeg and it was a great success. Children need to learn about aging and that it is a positive event.

In terms of standards, Bill 140 in Ontario, the LTC homes act, will set standards, in particular on elder abuse, which is absolutely not allowed. The bill proposes protocol to be followed when elder abuse occurs in the care of seniors. Everyone in Ontario is pleased with that. We had a forum on this issue and some standards are being put into place but we need to do the work at the university level. We have licensing bodies for doctors, nurses, social workers, psychologists and occupational therapists, et cetera. In those fields, research is a core requirement to licensing. Why is it not a core requirement in gerontology? That is one area that we often forget. We need to lobby to put that requirement on the agenda.

Ms. Martin-Matthews: My colleagues have raised important points with respect to training professionals, which is at the heart of your question. There is another issue on education. I came in at the end of your discussion earlier with the panel on home care. Not all delivery of services to older people is done by people with professional accreditation. We know that in Canada we have approximately 32,000 individuals, primarily, but not exclusively, women, who provide the kind of home care that we call "home support" in bathing, feeding, toileting and dressing. These people have little training, for the most part. They are paid on a per-visit basis to a home, with no recognition of the travel time to and

est l'un de ces thèmes. J'aimerais savoir ce que nos trois témoins pensent de la manière dont nous devrions entreprendre des démarches à cet égard. Pourriez-vous nous dire par où il faut commencer, ce qu'il faut ajouter ou extraire de la liste de ces normes et comment nous pouvons y apporter des améliorations?

Mme Hirst : Lorsqu'on pense à des normes nationales, deux choses me viennent immédiatement à l'esprit, bien que la question ne se limite pas à ces deux seuls aspects. Il faut débiter par l'éducation. C'est une question de compétence provinciale, mais certains groupes nationaux travaillent en collaboration avec Mme McDonald, par exemple. Il y a des éléments de base qui devraient faire partie du programme d'études de toutes les facultés. Les soins palliatifs constituent l'exemple parfait à ce titre. Si les facultés pouvaient emboîter le pas avec les soins infirmiers en gérontologie, je serais la première intéressée. De plus, l'éducation doit commencer avant le premier cycle du secondaire. Le second aspect qui vient à l'esprit est celui des soins de longue durée dont la définition varie suivant la région où l'on se trouve. Combien d'employés y sont affectés? Comment ces soins sont-ils financés? Comment les décisions sont-elles prises quant à l'admission dans ces établissements?

Mme McDonald : Nous devons sensibiliser les enfants au vieillissement en tant que phénomène normal de la vie dès l'école primaire en les faisant participer à des activités bénévoles. C'est ce que nous avons fait avec beaucoup de succès à Winnipeg. Les enfants doivent mieux comprendre la réalité du vieillissement et c'est une démarche qui produit des résultats positifs.

En Ontario, le projet de loi 140, la Loi sur les foyers de soins de longue durée, établira des normes, surtout relativement à la maltraitance des personnes âgées, une situation qu'on ne peut absolument pas tolérer. Le projet de loi propose un protocole à suivre en cas de mauvais traitements à l'égard de personnes âgées dans un établissement de soins. C'est une mesure qui fait l'unanimité en Ontario. Nous avons tenu une conférence sur ce sujet et certaines normes sont mises en application, mais il nous faut travailler au niveau universitaire. Nous avons des organismes de réglementation professionnelle pour les médecins, les infirmiers et infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues et les ergothérapeutes, notamment. Dans ces disciplines, la recherche est une exigence de base pour l'octroi d'une licence. Pourquoi n'en va-t-il pas de même pour la gérontologie? C'est un secteur que nous avons tendance à oublier. Nous devons faire des pressions pour que cette exigence figure au programme.

Mme Martin-Matthews : Mes collègues ont soulevé des points importants concernant la formation des professionnels, qui est au cœur même du problème. Il y a un autre aspect à considérer en matière d'éducation. Il a été soulevé à la fin de votre discussion avec les témoins précédents concernant les soins à domicile. Les services aux aînés ne sont pas toujours offerts par des personnes détenant une accréditation professionnelle. Nous savons qu'il y a au Canada quelque 32 000 personnes, des femmes principalement, mais pas exclusivement, qui offrent des services de soutien à domicile pour le bain, l'alimentation, l'hygiène et l'habillement. Dans la plupart des cas, ces personnes n'ont reçu qu'une

from, et cetera. In considering the education aspects, we need to respect how important it is in relation to professionals.

Over the next 10 to 15 years, we will need an additional 32,000 home support workers to meet that future need. Yet, we are not recruiting in those fields. The minute people have sufficient training, they go to work for long-term care facilities, where they have continuity of payment. They know what job they will do from day to day. The way in which the delivery of home support services is structured, they cannot know what job they will do each day or where it will be done. I want to plead for recognition of that full continuum of workforce that we need in respect of our aging population.

Ms. McDonald: Personal care workers are hired by families, nursing homes and long-term care institutions outside of any profession. They are hired off the street to come in and watch over mother or dad to make sure they are fed, go to the washroom, et cetera. In some institutions, a family will have three of those people because they cannot be there to watch the quality of care that the person receives. Their food tray might be in front of them but they cannot always feed themselves. The people brought in to assist are paid under the table, are not paid minimum wage, are hidden much of the time, and likely belong to the cadre that you are speaking of that require a great deal of education.

Senator Mercer: One interest level for young people in particular in caring for aging members of society is through volunteer groups. I come from that sector and, when one visits a long-term care facility, they always see groups of young people visiting, whether to sing Christmas carols or to help decorate for a particular festivity. Do you see value in expanding the use of volunteers, not only in the basic care of seniors but also in increasing the quality of life of seniors, as opposed to actual physical health and well-being of care?

Ms. Hirst: The evidence supports that intergenerational visiting has value, and I would be the first to advocate for that.

My concern would be the preparation of the student to realize that a senior in a care facility only reflects that percentage of the older population. Sometimes students receive restricted visions unless they are exposed to the wealth and variety of seniors. That visit must be accompanied by education and evaluation, and

formation minimale. Elles sont rémunérées pour chaque visite à domicile, sans égard notamment au temps de déplacement. Lorsqu'on se penche sur les aspects liés à l'éducation, il faut tenir compte du rôle important que jouent ces intervenants en conjonction avec les professionnels.

Il faudra 32 000 travailleurs de plus pour répondre à la demande en soutien à domicile au cours des 10 à 15 prochaines années. Nous ne faisons toutefois aucun recrutement dans ce domaine. Dès que ces intervenants ont une formation suffisante, ils vont travailler dans des établissements de soins de longue durée, ce qui leur assure une rémunération stable. Ils savent ainsi quel travail ils auront à accomplir jour après jour. Compte tenu de la structure actuelle de prestation des services de soins à domicile, il leur est impossible de savoir ce qu'ils feront le lendemain et à quel endroit ils vont travailler. Je veux que tout le monde prenne bien conscience du fait que nous avons besoin de ce continuum complet de main-d'œuvre pour servir notre population vieillissante.

Mme McDonald : Les préposés aux soins personnels sont embauchés par les familles, les maisons de repos et les établissements de soins de longue durée à l'extérieur de tout cadre professionnel. On fait appel directement à eux pour prendre soin d'une mère ou d'un père, s'assurer qu'ils sont nourris, qu'ils vont à la salle de bain et ainsi de suite. Dans certains établissements, une famille peut employer jusqu'à trois de ces préposés parce qu'elle ne peut pas toujours être là pour s'assurer de la bonne qualité des soins dispensés. C'est bien de mettre un plateau-repas en face d'un aîné, mais certains ne sont tout simplement pas capables de s'alimenter sans aide. Le recours, caché dans la plupart des cas, à ces personnes qui sont payées sous la table sans avoir droit au salaire minimum fait probablement partie de ces phénomènes dont vous parlez qui nécessitent un grand travail de sensibilisation.

Le sénateur Mercer : C'est souvent par le truchement du travail bénévole que les jeunes prennent intérêt aux soins à dispenser aux membres vieillissants de notre société. Lorsqu'on visite un établissement de soins de longue durée, on peut souvent voir ces groupes de jeunes qui chantent des cantiques de Noël ou participent à la décoration en prévision d'une festività quelconque. Pensez-vous qu'il peut être profitable de faire davantage appel à ces bénévoles, non seulement pour ce qui est des soins de base aux aînés, mais aussi pour améliorer leur qualité de vie, sans se limiter aux seules questions de santé et de bien-être physique?

Mme Hirst : Il a été établi que les visites intergénérationnelles étaient bénéfiques et je serais la première à préconiser cette avenue.

Il faudrait toutefois s'assurer que les étudiants se rendent bien compte que les aînés se retrouvant dans un établissement de soins ne représentent qu'une certaine proportion de cette population. Il arrive que des étudiants n'aient droit qu'à un portrait partiel lorsqu'ils ne sont pas à même de constater que la situation des

sometime ethnic matching too, with the mother language coming through.

Senator Mercer: You have all talked about the fact that so few people are going into the field. Fairly soon we will rely on immigration to replace our workforce. We do so extensively now, but it will become even more pronounced in the future.

Now we have introduced not only new people to the workforce but people with different perspectives, coming from other places. In this room, we all have families that come from someplace else, unless we are native Canadians.

How do we prepare for that? As new groups of people come to the country, their parents and they themselves are aging. They will be the people recruited into some of these jobs. How do we prepare them to deal with the standards and culture of the people who are in need of their services?

Ms. Martin-Matthews: That is an interesting question, because there is the issue of their professional training. We are also talking about acculturation and adaptation, an awareness of the dominant norms and values of the society.

In Canada, we largely recruit a skilled labour force, but we still do not recognize the skill set of members of that labour force. For instance, when I conduct research in British Columbia with women who are employed at the lowest end of remuneration in the care system — the basic body work of feeding, toilet work and dressing — they are often learning about the culture when they are in someone's bathroom in a private home context. They have not been trained for that in terms of the curricula in the community colleges. Researchers are working with the community colleges to add components such as you described to the training of workers.

Moreover, many of these individuals come from the Philippines. They have training in nursing in the Philippines, but they come to Canada and their credentials are not recognized in this context.

We have two jobs to do. We need to find a standard, a mechanism for recognizing the credentials of our immigrants. When I come to Ottawa, many times I am in a taxicab driven by someone who is an engineer from Lebanon or a physician from somewhere else in the Middle East.

We can address some of those shortages with a recognition of their credentials, reaching an appropriate threshold of performance and expertise, and doing that in conjunction with helping immigrants appreciate and understand the dominant norms and values of Canadian society.

ainés peut varier grandement. La visite doit s'accompagner d'un processus de sensibilisation et d'évaluation; il faut également parfois prévoir un jumelage ethnique, car la question de la langue maternelle entre en jeu.

Le sénateur Mercer : Vous avez parlé de la petite quantité de travailleurs disponibles pour accomplir les tâches dans la pratique. Nous devons très bientôt nous tourner vers l'immigration pour renouveler notre main-d'œuvre. Nous le faisons déjà dans une large mesure, mais ce processus devra s'intensifier à l'avenir.

Notre population active accueille ainsi non seulement de nouveaux travailleurs mais aussi des travailleurs qui nous viennent d'ailleurs et qui ont des perspectives différentes. Nous tous, ici présents, sommes issus de familles qui viennent d'ailleurs, à moins que certains d'entre nous ne soient de descendance autochtone.

Comment pouvons-nous nous préparer à cette évolution? Ces travailleurs viennent s'installer chez nous; leurs parents vieillissent et eux-mêmes également. Ils seront recrutés pour certains de ces emplois. Comment les préparons-nous à composer avec les normes et la culture des gens qui auront besoin de leurs services?

Mme Martin-Matthews : C'est une question intéressante, parce que cela concerne leur formation professionnelle. Nous parlons également d'acculturation et d'adaptation, ainsi que d'une prise de conscience des normes et des valeurs dominantes au sein de la société.

Au Canada, nous recrutons généralement une main-d'œuvre qualifiée, mais nous ne reconnaissons pas encore toutes les compétences que ces travailleurs amènent avec eux. Par exemple, j'ai effectué une étude en Colombie-Britannique auprès de femmes qui occupaient les postes les moins bien rémunérés du système de santé — à savoir les fonctions de base liées à l'alimentation, à l'hygiène et à l'habillement — et j'ai constaté qu'elles prenaient souvent conscience des différences culturelles uniquement lorsqu'elles se retrouvaient dans la salle de bain de la personne. La formation est dispensée par les collèges communautaires qui n'abordent pas ces aspects particuliers. Les chercheurs collaborent d'ailleurs avec les collèges en vue d'intégrer de tels éléments aux programmes de formation.

En outre, bon nombre de ces personnes proviennent des Philippines. Elles ont suivi une formation en soins infirmiers aux Philippines, mais elles viennent s'installer au Canada et leurs titres de compétences ne sont pas reconnus.

Nous avons deux tâches à accomplir. Nous devons établir une norme, un mécanisme pour la reconnaissance des titres de compétence de nos immigrants. Lorsque je viens à Ottawa, il n'est pas rare que je prenne un taxi conduit par un chauffeur qui était ingénieur au Liban ou médecin quelque part au Moyen-Orient.

Nous pouvons combler quelques-unes de nos pénuries de main-d'œuvre en reconnaissant ces titres de compétence et en établissant un seuil approprié de rendement et d'expertise, tout en aidant ces immigrants à évaluer et à comprendre les normes et les valeurs dominantes de la société canadienne.

Ms. Hirst: Another possibility is culture-specific facilities. Across this country there are a number of those, for example, Toronto Baycrest Centre, which is structured for the Jewish community. There are a number of Chinese facilities as well. We should consider recruitment of ethnic groups specific to that facility and then develop and support their acculturation to the larger Canadian context. We have a number of good facilities.

The Chairman: Before I turn this over to Senator Cordy, I have a question based on something you raised, Ms. Hirst, and that was with respect to the changing conditions in long-term care facilities. I know they differ in definition, but they also differ in what has happened, it seems to me, in the last 20 years.

At one point, we had four levels of care within that long-term care facility. Now we have two levels of care, because the ones and the twos, and even some of the threes, now live successfully in the community. The long-term care facility has become a much more intense site of the delivery of complex care.

Have we changed the staffing levels in those places appropriate to the fact that they now deal with patients with much more complex needs, or do we still expect those same nurses, nursing aides and nursing assistants to provide the care when in fact the burden is so much higher?

Ms. Hirst: I suggest we have cut back. Where we had registered nurses, for example, we are now using licensed practical nurses, LPNs, or registered psychiatric nurses. Where we had LPNs, we are now using nurse's aides, because of funding.

Ms. McDonald: That is the case in Ontario.

Ms. Hirst: Alberta, B.C. and Saskatchewan have also cut back. That is deplorable.

Ms. McDonald: The care is more complex and people are not trained in complex care. That new area is developing before our eyes.

The Chairman: Is that one reason for burnout?

Ms. Hirst: It is bound to be. It is also a reason for the abuse and neglect that is prevalent in our facilities. I deliberately tried to avoid the use of the phrases, "elder abuse" and "age abuse." We are not giving good quality care. We are not giving the kind of care that I want to give when I go into a nursing home, because I am rushing from patient to patient. I want more time to give

Mme Hirst : Il y a aussi la possibilité de créer des établissements monoculturels. Il y en a quelques-uns au Canada dont, par exemple, le Toronto Baycrest Centre qui s'adresse à la communauté juive. Il y a aussi un certain nombre d'établissements pour la communauté chinoise. Nous devrions envisager le recrutement au sein des groupes ethniques correspondants à ces différentes installations puis travailler à favoriser leur acculturation dans le contexte général de la société canadienne. Il existe un certain nombre d'établissements de qualité qui ont opté pour cette structure.

La présidente : Avant de laisser la parole au sénateur Cordy, j'ai une question concernant un point que vous avez soulevé, madame Hirst, relativement à l'évolution des conditions dans les établissements de soins de longue durée. Je sais qu'ils ne sont pas tous définis de la même manière, mais ils se distinguent également en raison des changements qui se sont produits, il me semble, au cours des 20 dernières années.

À une certaine époque, il y avait quatre niveaux de soins dans ces établissements. Il n'y en a maintenant plus que deux, parce que les personnes qui se situaient aux niveaux un et deux, et même quelques-unes du niveau trois, vivent désormais sans problème au sein de la communauté. Les établissements de soins de longue durée sont ainsi devenus des lieux où l'on dispense des soins complexes de façon beaucoup plus intensive.

Avons-nous modifié les niveaux de dotation de ces établissements pour tenir compte du fait qu'ils doivent maintenant s'occuper de patients dont les besoins sont beaucoup plus complexes, ou demandons-nous encore aux mêmes infirmières, aides-soignants et infirmières auxiliaires d'offrir ces soins alors que la tâche est devenue beaucoup plus lourde?

Mme Hirst : Je dirais même que nous avons réduit les exigences. Là où nous avions auparavant des infirmières autorisées, par exemple, nous faisons maintenant appel à des infirmières auxiliaires ou à des auxiliaires psychiatriques. Pour les tâches qui étaient confiées à des infirmières auxiliaires, nous utilisons maintenant des aides soignants, en raison des préoccupations de financement.

Mme McDonald : C'est ce qui se passe en Ontario.

Mme Hirst : C'est la même chose en Alberta, en Colombie-Britannique et en Saskatchewan. Cette situation est déplorable.

Mme McDonald : Les soins à dispenser sont plus complexes et le personnel n'a pas la formation requise. C'est un phénomène qui est en train de se développer devant nos yeux.

La présidente : N'est-ce pas l'une des raisons de l'épuisement professionnel?

Mme Hirst : Sans doute. Cela explique également la prévalence des cas d'abus et de négligence dans nos établissements. J'ai délibérément évité de parler de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Nous n'offrons pas des soins de qualité. On n'arrive pas à offrir de tels soins en établissement parce qu'on a trop peu de temps à consacrer à chacun des patients. J'aurai

better quality care and I want to be able to listen better. I think I listen pretty well, but my patient load is high.

Senator Cordy: On my cab ride in from the airport today I had a discussion with the cab driver, who is an electrical engineer from India and who has been in Ottawa for 18 months. It happens so often that as soon as somebody finds out we are going to Parliament Hill, we are asked to deal with the issue of credentials. It is a shame, when we have such well-qualified people in our country, that we do not use them to their capacity, especially since we have shortages in so many areas.

Ms. Martin-Matthews spoke about knowledge transfer, and Ms. McDonald spoke about the same idea, using different terminology: the idea of taking research and putting it into action.

Are we sharing best practices across the country with people working in the field of gerontology, or is everyone working in isolation?

Ms. Martin-Matthews: The answer is yes and no. If I compare the situation to when I came into this field 30 years ago, we are now much more aware. I have seen a real change, in the last decade or the last five years in particular, of recognizing that in certain crucial areas we know what we need to know.

What we need to do now is to ensure that the people who work in clinical and policy settings are aware of that. There is much more emphasis on that kind of accountability when we fund research today than was the case when I started in this field 30 years ago.

We have programs, for example, which are called Canadian alliances for health research, where before a project is even funded, researchers work in partnership with a group in the community. This is one of the initial programs that CIHR started.

If we fund researchers in Alzheimer's, many times the researchers work with a local Alzheimer's society or facility and to ensure their partnership not just in terms of how they deliver the answer to the research they are doing, but in terms of how they frame the question. What is the question? That is not just something that is dreamed up. I do not mean this pejoratively, but it does not come from the research community alone but in partnership with researchers.

That having been said, we have a long way to go. I attended a meeting in Winnipeg early in October. We were talking with a group of physiotherapists and occupational therapists about issues of mobility and aging. They were talking about how they simply do not have the time structured into their day, the way their facility operates, to cull the academic literature to find out

besoin de plus de temps pour offrir des soins de meilleure qualité et pouvoir être davantage à l'écoute des patients. Je pense avoir une très bonne capacité d'écoute, mais j'ai un trop grand nombre de patients à voir.

Le sénateur Cordy : En revenant de l'aéroport aujourd'hui, j'ai discuté avec le chauffeur de taxi qui était ingénieur électricien en Inde avant de venir s'installer à Ottawa, il y a 18 mois. Il n'est pas rare que dès que l'on se rend compte que nous venons sur la Colline du Parlement, on nous demande de régler le problème de la reconnaissance des titres. C'est vraiment regrettable que notre pays ne puisse pas mettre à contribution des personnes aussi compétentes à la mesure de leur capacité, alors même que nous connaissons des pénuries de main-d'œuvre dans bien des secteurs.

Mme Martin-Matthews a parlé de transfert de connaissances et Mme McDonald a traité du même sujet dans des termes différents. Il s'agit en fait d'appliquer les résultats de la recherche dans la pratique.

Est-ce que les pratiques les plus efficaces sont mises en commun au Canada dans le secteur de la gérontologie, ou bien est-ce que chacun travaille en vase clos?

Mme Martin-Matthews : La réponse est à la fois oui et non. Si je compare avec l'époque où je suis arrivée dans le domaine, il y a 30 ans, nous sommes maintenant beaucoup plus conscients. J'ai pu constater un changement véritable, au cours de la dernière décennie et surtout des cinq dernières années, quant à la reconnaissance du fait que certaines connaissances sont essentielles dans des secteurs cruciaux.

Nous devons maintenant nous assurer de sensibiliser à cet état de fait les personnes qui travaillent en milieu clinique ou à l'élaboration de politiques. Par rapport à la situation d'il y a 30 ans, on met actuellement beaucoup plus l'accent sur ce type de responsabilisation lorsque des activités de recherche sont financées.

Nous avons par exemple le Programme des alliances communautaires pour la recherche en santé qui exige que les chercheurs travaillent en partenariat avec un groupe local avant même qu'un projet ne soit financé. C'est l'un des programmes initiaux qui a été mis en œuvre dans le cadre des IRSC.

Si nous finançons une recherche sur la maladie d'Alzheimer, il est fréquent que les chercheurs travaillent avec l'établissement ou la société locale d'Alzheimer pour faire en sorte que leur partenariat ne vise pas seulement la recherche de solutions au problème étudié, mais également la façon dont la question doit être formulée. Qu'est-ce qu'on veut savoir? Il ne s'agit pas simplement d'une question qui vient de nulle part. Je ne le dis pas de manière péjorative, mais la question ne vient pas des intervenants communautaires à eux seuls; elle est établie en partenariat avec les chercheurs.

Ceci étant dit, il y a encore beaucoup de chemin à faire. J'ai participé à une réunion à Winnipeg au début octobre. Nous discutons avec un groupe de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes de questions liées à la mobilité et au vieillissement. Ces spécialistes nous disaient qu'ils n'ont tout simplement pas le temps nécessaire, dans le cadre des fonctions

the latest thinking about a certain procedure. We talked about ways that we might take interns or people who are newly trained, who spend a lot of their time learning about current research, and have them as resources in some of the practice settings.

We have a long way to go in terms of thinking what the best ways of effecting knowledge transfer are. We have a new Vice-president of Knowledge Translation at CIHR who is working with us around that best practices issue. We all think we know what we are talking about when we use these words — knowledge exchange and knowledge translation. We all mean largely the same thing, but we do not know the best practices for linking the research community and the practice community. However, I have more optimism around that than I did.

Ms. McDonald: One thing we are doing at NICE is we have different models for transferring knowledge across the country, and we will evaluate which ones work the best and the fastest. That is what we are trying to do. We keep applying for research grants to continue to do this and we have been successful.

We will try to find out what works in what type of area. We think rural will be different from a major city, and that ethnic diversity will make a difference. We need to look at many models. We have culled literature all around the world about knowledge transfer to find out the best practices.

In the U.K., they want to develop knowledge brokers as a profession. At first, I said “What?” Then I thought, this idea is not bad because there is so much knowledge out there. Ms. Martin-Matthews is right; we have a lot of knowledge but we need to pick what is the best knowledge. There is the Cochrane Collaboration, which you will know about, and the Campbell Collaboration, which sets standards for good, evidence-based practice. How do you know this piece of research is good? I know our network is based on those two bodies. We make our decisions based on those standards, and I think more and more people do.

Senator Cordy: It is almost a Catch-22 — you are short of people in that field and you are trying to share information.

Ms. McDonald, you transfer knowledge to those who need it. Is that those who need it in providing services, seniors who need the service or both?

qu'ils remplissent au sein de leurs établissements respectifs, pour prendre connaissance des travaux universitaires qui les éclaireraient quant aux perspectives les plus récentes concernant différentes procédures. Nous avons parlé des possibilités de faire appel à des stagiaires ou à des professionnels nouvellement formés, qui ont eu le temps d'examiner à fond les plus récents travaux de recherche, afin qu'ils servent de référence au sein des équipes de traitement.

Nous avons encore un grand travail de réflexion à faire pour déterminer les façons optimales d'effectuer le transfert des connaissances. Aux IRSC, nous avons un nouveau vice-président chargé de l'application des connaissances qui travaille avec nous pour dégager les pratiques les plus efficaces. Nous pensons tous savoir ce dont nous parlons lorsque nous utilisons les termes transfert des connaissances et application des connaissances. Nous sommes généralement tous sur la même longueur d'onde à ce chapitre, mais nous ne savons pas quelles sont les pratiques optimales pour faire le lien entre chercheurs et praticiens. Je suis toutefois plus optimiste que je ne l'étais à ce sujet.

Mme McDonald : À l'INSA, nous avons différents modèles pour le transfert des connaissances dans les différentes régions du pays et nous allons effectuer des évaluations pour déterminer lequel est le plus efficace et le plus rapide. C'est ce que nous nous employons à faire. Nous demandons sans cesse des subventions de recherche pour poursuivre ce travail et nous obtenons de bons résultats.

Nous essaierons de déterminer ce qui peut fonctionner dans différents contextes. Nous pensons que la situation ne sera pas la même en milieu rural, par rapport à la grande ville; nous estimons également que la diversité ethnique fera une différence. Nous devons explorer plusieurs modèles. Pour trouver les pratiques les plus efficaces, nous avons examiné les travaux effectués un peu partout sur la planète concernant le transfert de connaissances.

Au Royaume-Uni, on veut développer la profession de courtier en connaissances. Au départ, je me suis demandé pourquoi. Après réflexion, l'idée ne m'apparaît pas si mauvaise étant donné les grandes quantités de connaissances en circulation. Mme Martin-Matthews a raison; nous avons accès à une grande masse de connaissances, mais nous devons choisir celles qui sont les plus pertinentes. Il y a le réseau Cochrane, dont vous connaissez sans doute l'existence, et le réseau Campbell, qui établit les normes pour des pratiques factuelles efficaces. Comment savoir si un travail de recherche est valable? Je sais que notre réseau se fie à ces deux organisations. Nous prenons nos décisions en nous basant sur ces normes, et je pense que c'est ce que font de plus en plus de gens.

Le sénateur Cordy : On est pratiquement pris dans un engrenage — il y a pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine et vous essayez d'échanger de l'information.

Madame McDonald, vous transférez les connaissances à ceux qui en ont besoin. Parlez-vous de ceux qui en ont besoin pour offrir les services, des aînés qui ont besoin de ces services ou des deux à la fois?

Ms. McDonald: We only have so much money, so we started with the three professions; that is what we are talking about. For example, we have a virtual newsletter that goes out every two weeks. It takes three top, brand-new articles, judges them according to the research standards I spoke of, writes them in English or French in one paragraph — this is new, this is what is happening. People read that and receive brand-new knowledge in the field.

We direct our work at people in the field, but we have brought in older adults to say, this is a bunch of rubbish, this works and this does not work. They are independent from us and we are saying, go for it and let us know. Again, we are hit- and-miss across the country with who wants to belong and who cares enough to belong. I say to people, if you will not do any work, do not join our network because we work.

Senator Cordy: Your evaluation is done by people who are outside of your group.

Ms. McDonald: Yes.

Senator Cordy: I want to change the topic to the issue of seniors who suffer from poor mental health. Within the population as a whole, one in five Canadians will suffer from poor mental health at some time. We have heard from so many witnesses that it is challenging to deliver services to seniors overall. How challenging is it for a senior suffering from a mental illness? For example, Ms. Hirst spoke about the senior who kept rubbing her cheek.

Ms. Hirst: One that comes to mind is Ms. McDonald's work on homelessness.

Ms. McDonald: We did a study — "In from the Streets" — in Toronto of older homeless people. First, we looked at people who are on the streets, 50 years of age and over. Then we looked at people housed in alternative housing to find out how they finally got there.

Most of these folks had mental health issues and received no treatment until they were in some form of housing. Alternative housing usually means there is some type of service attached, either on-site or brought in.

These people lived on the streets; and we have shown — using the OHIP data before and after they were housed — that both their physical and mental health improved once they were housed. They needed the service. When they were on the street, they did

Mme McDonald : Comme nous avons des ressources financières limitées, nous avons débuté avec les trois professions dont je vous ai parlé. Par exemple, nous avons un bulletin d'information virtuel qui est diffusé à toutes les deux semaines. On choisit trois nouveaux articles d'importance, on les évalue en fonction des normes que j'ai mentionnées, et on rédige un résumé d'un paragraphe en français ou en anglais pour tenir les gens au fait des nouveaux travaux qui s'effectuent. Les professionnels n'ont ainsi qu'à lire ce bulletin pour mettre à jour leurs connaissances dans leur domaine.

Notre travail s'adresse aux intervenants sur le terrain, mais nous avons également consulté des aînés qui nous ont indiqué si quelque chose pouvait fonctionner ou pas, ou s'il valait mieux y renoncer totalement. Comme ils sont entièrement indépendants, ces aînés peuvent nous faire part de leurs opinions à leur guise. Encore là, on fonctionne un peu de façon aléatoire dans les différentes régions quant à savoir qui veut contribuer et qui est suffisamment mobilisé pour ce faire. Je dis aux gens que s'ils ne veulent pas travailler, ils ne devraient pas se joindre à notre réseau, parce que nous ne ménageons pas nos efforts.

Le sénateur Cordy : Votre évaluation est faite par des gens qui ne font pas partie de votre groupe.

Mme McDonald : Tout à fait.

Le sénateur Cordy : Je veux maintenant changer de sujet pour parler des aînés qui ont des problèmes de santé mentale. Si l'on considère la population canadienne dans son ensemble, une personne sur cinq connaît de tels problèmes au cours de sa vie. De très nombreux témoins nous ont dit à quel point il pouvait être difficile de fournir des services aux personnes âgées. Dans quelle mesure cette tâche devient-elle plus complexe lorsqu'il s'agit d'aînés vivant avec une maladie mentale? Je pense à l'exemple de cette femme qui ne cessait de se frotter les joues dont Mme Hirst nous a parlé.

Mme Hirst : C'est le travail sur les sans-abri effectué par Mme McDonald qui me vient à l'esprit.

Mme McDonald : Nous avons mené une étude « In from the Streets » sur les aînés sans-abri à Toronto. Nous nous sommes d'abord intéressés aux personnes de 50 ans et plus qui vivaient dans la rue. Nous avons ensuite examiné la situation des personnes vivant en logement supervisé pour voir comment elles en étaient arrivées là.

La plupart de ces personnes avaient des problèmes de santé mentale et n'ont reçu des traitements qu'une fois prises en charge suivant une formule quelconque de logement. Lorsqu'on parle de logement supervisé, c'est généralement parce que des services y sont offerts, que ce soit par des professionnels sur place ou en visite.

Grâce aux données de la Régie de l'assurance-maladie de l'Ontario, nous avons pu démontrer que ces personnes qui vivaient auparavant dans la rue ont vu leur santé physique et mentale s'améliorer une fois installées en logement supervisé. Elles

not receive that service; and that is about as low as you can go in this country, in my view.

If you have gerontopsychiatrists come in, they will tell you the situation. They are rare people. There are not many of them, so how does someone with severe depression see someone if that person is starting to have Alzheimer's disease?

Ms. Hirst: There is a cultural issue here too. In certain cultural groups, we know mental health is a term that is not accepted or used; it is totally avoided and hidden. Ethnic diversity in mental health services is an issue. We know older seniors from diverse backgrounds do not access the health services they need.

Ms. McDonald: Dr. Rosemary Myers conducted a study in Toronto on ethnic seniors who could not access services for their mental health problems. It is substantial. I do not know how long it takes.

Ms. Martin-Matthews: Those issues are all crucial — along with the issue of stigma that is attached and the lack of attention to services that may be needed.

Another interesting angle is that while there are many problems, there are also some successes. One of my favourite examples of success, where research led to action, is when the government funded the Health Transition Fund through Health Canada in the mid- to late-1990s, with synthesis documents developed in 2001. I wrote the one on seniors' health. There were also documents on home care and mental health, et cetera.

One recommendation that came out of the Health Transition Fund, which funded demonstration projects across the country, related to the integration of pharmacists and physicians — bringing the pharmacist and the physician into collaboration, or five physicians if someone has five of them, to make sure everyone receives a profile of the medications, et cetera that a given individual is using. The demonstration projects in that area were highly successful.

I am encouraged to see experiments in this area around the country — I do not know if this is in all provinces, but certainly my own province of British Columbia and Newfoundland and Labrador have experiments going on. The minute a person is discharged from hospital or has another crisis in terms of their health care, the physician is brought in to do a review on the full range of medication. Sometimes, the depression, confusion and delirium are all related to the complex of pharmaceutical products that people are taking. We have much to learn about how these

avaient besoin de ces services. Lorsqu'elles vivaient en itinérance, elles n'y avaient pas accès; ce qui est, à mon avis, à peu près la situation la plus précaire dans laquelle vous pouvez vous retrouver au Canada.

Si vous invitez des gériopsychiatres à comparaître devant vous, ils pourront vous expliquer la situation. Mais c'est une denrée rare. Comme ils sont peu nombreux, on peut se demander comment une personne aux prises avec une dépression grave peut arriver à obtenir une consultation si un début de maladie d'Alzheimer vient compliquer le tout.

Mme Hirst : Il y a également des considérations culturelles à prendre en compte. Nous savons qu'au sein de certains groupes culturels, il n'est pas acceptable de parler de santé mentale; c'est un sujet tabou. La diversité ethnique est donc un aspect à considérer au chapitre des services de santé mentale. Il est établi que des aînés de différentes origines ethniques n'ont pas accès aux services de santé dont ils ont besoin.

Mme McDonald : Rosemary Myers a mené à Toronto une étude sur les aînés de différentes origines ethniques qui ne pouvaient avoir accès à des services pour leurs problèmes de santé mentale. C'est un travail assez substantiel. Je ne sais pas de combien de temps on parle exactement.

Mme Martin-Matthews : Ce sont toutes des questions primordiales, tout comme celle de la stigmatisation des problèmes de santé mentale et de l'importance insuffisante accordée aux services pouvant être requis.

Il peut également être intéressant de constater que si les problèmes ne manquent pas, on connaît également certains succès. L'un de mes exemples favoris d'une telle situation où la recherche a mené à l'action directe est le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Cette initiative financée par le gouvernement dans la seconde partie des années 90 par l'entremise de Santé Canada a débouché sur la publication de documents de synthèse en 2001. J'ai rédigé celui qui traitait de la santé des personnes âgées. Il y avait aussi notamment des documents sur les soins à domicile et la santé mentale.

Une des recommandations formulées grâce au Fonds pour l'adaptation des services de santé, qui a permis le financement de projets pilotes dans tout le pays, portait sur l'intégration du travail des pharmaciens et des médecins. Il faut que le pharmacien et le médecin, ou les cinq médecins si une personne en a cinq, collaborent pour s'assurer que chacun dispose d'un profil des médicaments pris par le patient. Les projets pilotes en ce sens ont donné des résultats extrêmement intéressants.

Je me réjouis que des expériences de ce genre puissent avoir cours au Canada — je ne sais pas s'il y en a dans toutes les provinces, mais je peux certes vous assurer que c'est le cas chez moi en Colombie-Britannique de même qu'à Terre-Neuve-et-Labrador. Dès qu'une personne reçoit son congé de l'hôpital ou est confrontée à un autre problème de santé, on fait appel à un médecin pour examiner tous les médicaments qui lui sont prescrits. Il arrive que la dépression, la confusion et le délire soient liés à la combinaison des produits pharmaceutiques qui

products interact in the body of a 91-year-old person, for example.

It is important to recognize that some intervention that are evidence-based have proven to be highly successful and hold some promise. Even though they do not address all the issues that my colleagues have identified, there are success stories and we can build on that.

Ms. McDonald: I want to talk about another incredible success story. This poster was made by older homeless people and it says "political action." We have three points on the poster that we are sending to members of Parliament and members of legislative assemblies. We provide the stamps, but they designed the poster themselves. About 15 of them met with us for a year and when it was finished, they came back to us and said that it made them feel so good that they wanted to do something more. They formed a speakers' bureau, and they go out and speak about what it was like to be homeless, and the stigma of having a mental health problem. Now they have housing and support and they are doing well. They now have a meaningful activity.

Senator Murray: You do not need a stamp to send it to MPs or MLAs, by the way.

Ms. McDonald: We did in Ontario.

The Chairman: You do for MPPs in Ontario, but you do not for MPs and senators.

Thank you, honourable senators and, more importantly, thank you, honourable witnesses. This session this afternoon has been terrific. We appreciate that you have given us your time and knowledge.

Honourable senators, last week you will note that there was an announcement of a meeting to take place in February on seniors and emergency preparedness. You will all receive an email. We do have the resources necessary. If any of you are interested in attending that conference, I want them to send you the details of when it is. I know it is in Winnipeg in February, but beyond that, I do not know.

Ms. Hirst: It is from February 6 to 9.

The Chairman: Our witnesses know and that takes a little burden off. Please let us know if one or more of you would like to attend.

The committee adjourned.

sont consommés. Nous en avons par exemple encore beaucoup à apprendre sur la façon dont ces produits interagissent dans le corps d'une personne de 91 ans.

Il est important de reconnaître que certaines interventions fondées sur des données factuelles se sont révélées très efficaces et apparaissent prometteuses. Même si l'on ne règle pas ainsi tous les problèmes soulevés par mes collègues, il y a bel et bien quelques histoires de réussite sur lesquelles nous pouvons miser.

Mme McDonald : Je veux vous parler d'une incroyable histoire de réussite. Cette affiche qui parle d'action politique a été conçue par des personnes âgées sans-abri. Nous avons trois points sur cette affiche que nous envoyons aux députés fédéraux et provinciaux. Nous fournissons les timbres, mais ce sont ces personnes qui ont conçu l'affiche. Nous avons ainsi rencontré une quinzaine d'entre elles régulièrement pendant une année. Une fois le projet terminé, ces personnes sont venues nous dire qu'elles en avaient tiré une telle satisfaction qu'elles souhaitaient en faire davantage. Elles ont donc créé un réseau de conférences qui leur a permis de se déplacer pour parler aux gens de la réalité d'un sans-abri et de la stigmatisation des problèmes de santé mentale. Ces gens ont maintenant un logement et profitent de mesures de soutien; ils s'en tirent plutôt bien. Ils ont trouvé une activité propice à leur épanouissement.

Le sénateur Murray : Soit dit en passant, vous n'avez pas besoin de timbre pour envoyer quelque chose à un député fédéral ou provincial.

Mme McDonald : Nous en avons utilisé en Ontario.

La présidente : Vous pouvez le faire avec les députés de l'Ontario, mais ce n'est pas nécessaire pour les députés fédéraux et les sénateurs.

Merci, chers collègues, et, surtout, un grand merci à nos témoins. Notre séance de travail de cet après-midi a été extraordinaire. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir ainsi pris de votre temps pour nous faire profiter de vos connaissances.

Honorables sénateurs, vous aurez noté que la semaine dernière, on a annoncé la tenue d'une réunion en février sur les personnes âgées et les services de protection civile. Vous allez tous recevoir un courriel à ce sujet. Si vous souhaitez participer à cette activité, nous disposons des ressources nécessaires. Je veux donc que l'on vous fasse parvenir tous les détails pertinents. Pour l'instant, je sais seulement que le tout aura lieu à Winnipeg en février.

Mme Hirst : Du 6 au 9 février.

La présidente : Nos témoins sont au courant et nous facilitent un peu les choses. Je vous prie de m'indiquer si vous souhaitez y participer.

La séance est levée.

Indian and Northern Affairs Canada:

Havelin Anand, Director General, Social Policy and Programs Branch.

Veterans Affairs Canada:

Bryson Guptill, Director General, Program and Service Policy Division.

Canada Mortgage and Housing Corporation:

Douglas Stewart, Vice President, Policy Planning.

Treasury Board of Canada Secretariat:

Dan Danagher, Executive Director, Labour Relations and Compensation Operations.

Public Service Human Resources Management Agency of Canada:

Cecilia Muir, Director General, Public Service Renewal and Diversity.

Monday, December 11, 2006

Canada's Association for the Fifty-plus, CARP:

Judy Cutler, Director of Government Relations;

Taylor Alexander, Consultant in Aging Policy and Continuing Care.

The Royal Canadian Legion:

Jack Frost, Dominion President;

Pierre Allard, Director, Service Bureau.

International Federation on Ageing:

Jane Barratt, Secretary General.

Canadian Institutes of Health Research:

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute on Aging.

Canadian Association on Gerontology:

Sandra P. Hirst, President.

National Initiative for the Care of the Elderly:

Lynn McDonald, Scientific Director.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Havelin Anand, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

Anciens Combattants Canada :

Bryson Guptill, directeur général, Politique en matière de programmes et de services.

Société canadienne d'hypothèques et de logement :

Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada :

Dan Danagher, directeur exécutif, Relations de travail et opérations de rémunération.

Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada :

Cecilia Muir, directrice générale, Renouvellement et diversité de la fonction publique.

Le lundi 11 décembre 2006

Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP) :

Judy Cutler, directrice des relations gouvernementales;

Taylor Alexander, consultant en politique sur le vieillissement et en soins continus.

Légion royale canadienne :

Jack Frost, président national;

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide.

Fédération internationale du vieillissement :

Jane Barratt, secrétaire générale.

Instituts de recherche en santé du Canada :

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

Association canadienne de gérontologie :

Sandra P. Hirst, présidente.

Initiative nationale pour le soin des personnes âgées :

Lynn McDonald, directrice scientifique.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, December 4, 2006

Human Resources and Social Development Canada:

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation.

John Connolly, Acting Director General, Partnerships Division, Community Development and Partnerships Directorate;

Marla Israel, Director, International Policy and Agreements, Seniors and Pensions Policy Secretariat;

John Rath-Wilson, Director General, Operations and Processing.

Public Health Agency of Canada:

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors, Centre for Healthy Human Development.

Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch:

Leslie MacLean, Director General, Non-Insured Health Benefits;

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le lundi 4 décembre 2006

Ressources humaines et Développement social Canada :

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation;

John Connolly, directeur général par intérim, Division des partenariats, Direction du développement communautaire et des partenariats.

Marla Israel, directrice, Politique et accords internationaux, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions.

John Rath-Wilson, directeur général, Opérations et traitements.

Agence de santé publique du Canada :

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés, Centre de développement de la santé humaine.

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits :

Leslie MacLean, directrice générale, Services de santé non assurés;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique.

(Suite à la page précédente)





First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Monday, February 5, 2007 (in camera)
Monday, February 12, 2007

Issue No. 3

Fourth and fifth meetings on:

Special study on aging

INCLUDING:
THE SECOND REPORT OF THE COMMITTEE
(Embracing the Challenge of Aging, interim)

WITNESS:
(See back cover)

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006-2007

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le lundi 5 février 2007 (à huis clos)
Le lundi 12 février 2007

Fascicule n° 3

Quatrième et cinquième réunions concernant :

L'étude spéciale sur le vieillissement

Y COMPRIS :
LE DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Relever le défi du vieillissement, intérimaire)

TÉMOIN :
(Voir à l'endos)



THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*
The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	* LeBreton, P.C.
Cordy	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Murray, P.C.

*Ex officio members

(Quorum 3)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Johnson is removed, substitution pending (*February 1, 2007*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.
Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	* LeBreton, C.P.
Cordy	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Murray, C.P.

*Membres d'office

(Quorum 3)

Modification de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Johnson est enlevé, remplacement à venir (*le 1^{er} février 2007*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, February 5, 2007
(5)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:30 p.m. in camera, in accordance with rule 92(2)(f), in room 9 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Keon, Mercer and Murray, P.C. (4).

Also present: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool, Michael Toye and Howard Chodos, Analysts; Michelle MacDonald, Committee Advisor.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 7, 2006, the committee continued to examine the implications of an aging society in Canada. (*For the full text of the Order of Reference, see Issue No. 1, Monday, November 27, 2006.*)

It was agreed that senators' assistants be permitted to attend the meeting.

In accordance with rule 92(2)(f), the committee considered a draft report.

At 1:25 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, February 12, 2007
(6)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:38 p.m. in room 9 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Keon, Mercer and Murray, P.C. (6).

Also present: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool and Howard Chodos, Analysts; from the Committees Directorate: Vanessa Moss-Norbury, Committee Clerk.

In attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 7, 2006, the committee continued to examine the implications of an aging society in Canada. (*For the full text of the Order of Reference, see Issue No. 1, Monday, November 27, 2006.*)

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 5 février 2007
(5)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 30, à huis clos, conformément à l'alinéa 92(2)f du Règlement, dans la salle 9, édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Keon, Mercer et Murray, C.P. (4).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque : Julie Cool, Michael Toye et Howard Chodos, analystes; Michelle MacDonald, consultante du comité.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 7 novembre 2006, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du lundi 27 novembre 2006.*)

Il est convenu que les adjoints des sénateurs soient autorisés à assister à la présente séance.

Le comité étudie une ébauche de rapport, conformément à l'article 92(2)f du règlement.

À 13 h 25, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 12 février 2007
(6)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 38, dans la salle 9, édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Keon, Mercer et Murray, C.P. (6).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque : Julie Cool et Howard Chodos, analystes; de la Direction des comités : Vanessa Moss-Norbury, greffière de comité.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 7 novembre 2006, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du lundi 27 novembre 2006.*)

*WITNESS:**Human Resources and Social Development Canada:*

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation

Mr. Hicks made a presentation and answered questions.

At 1:48 p.m., the committee suspended its proceedings.

At 1:57 p.m., the committee reconvened in camera, in accordance with rule 92(2)(f).

It was agreed that senators' assistants be permitted to attend this meeting.

The committee considered a draft report.

It was agreed that the committee adopt the interim draft report *Embracing The Challenge of Aging*, bearing in mind any corrections and observations made by members, as well as any technical amendments, and that the Chair table the report to the Senate.

The committee discussed future business.

At 2:14 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:**TÉMOIN :**Ressources humaines et Développement social Canada :*

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation

M. Hicks fait un exposé puis répond aux questions.

À 13 h 48, le comité suspend ses travaux.

À 13 h 57, le comité reprend ses travaux à huis clos conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement.

Il est convenu que les adjoints des sénateurs soient autorisés à assister à la présente séance.

Le comité étudie une ébauche de rapport.

Il est convenu que le comité adopte le projet de rapport intérimaire *Relever le défi du vieillissement*, sous réserve des corrections et observations faites par les membres ainsi que des modifications de forme, et que la présidente dépose le rapport au Sénat.

Le comité discute de travaux futurs.

À 14 h 14, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

Le greffier du comité,

François Michaud

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, March 1, 2007

The Special Senate Committee on Aging has the honour to table its

SECOND REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on Tuesday November 7, 2006, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, respectfully tables its interim report entitled *Embracing the Challenge of Aging*.

Respectfully submitted,

La présidente,

SHARON CARSTAIRS, P.C.

Chair

(Text of the report appears following the evidence.)

RAPPORT DU COMITÉLe jeudi 1^{er} mars 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a l'honneur de déposer son

DEUXIÈME RAPPORT

Votre Comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 7 novembre 2006 à examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport, dépose respectueusement son rapport intérimaire intitulé *Relever le défi du vieillissement*.

Respectueusement soumis,

(Le texte du rapport paraît après les témoignages.)

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, February 12, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:38 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we will begin to give you a report on our other senators. They will be here, but Senator Keon and Senator Chaput have been delayed for up to 40 minutes. Senator Cordy's flight has now arrived, so we are waiting for her to make it into our meeting.

We have a witness before us who has appeared before, namely, Peters Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation of Human Resources and Social Development Canada.

We invited Mr. Hicks back because we were interested in comments he made but he was with such a large panel, we did not have the opportunity to ask the kind of detailed questions that his thought-provoking discussion led us to want to ask him now.

I understand, Mr. Hicks, you have a policy paper to present to us and then we will begin with questions. Thank you very much, because I know you have had a short time frame to prepare for this meeting. We appreciate your being with us.

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation, Human Resources and Social Development Canada: It is a pleasure to be here. Short notice and all, it is a welcome opportunity.

I have studied these issues in Canada, but I have also studied them at the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, as well. I have coordinated much of the OECD's work on the implications of population aging in different countries. It is an honour to be here.

I will skip through my notes. When people talk about aging studies, often two different things are being discussed. They are both important but, if they are not separated, sometimes there can be confusion. First, there is the study of individual aging, which is really about seniors; that is, what policies impact older people and seniors.

The phrase, "population aging" or "aging societies," which is in your mandate, tends usually to be used more in the sense of the effects of the changing age structure and the size of the population. It is not so much about seniors at all but about the fiscal side: can you afford pensions and health care; what is the implication of lifelong learning and what is the implication of the aging workforce, both socially and economically. That set

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 12 février 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 38, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, pour commencer, j'ai des renseignements sur les autres sénateurs. Ils assisteront à la réunion, mais les sénateurs Keon et Chaput auront environ 40 minutes de retard. L'avion du sénateur Cordy vient d'atterrir; nous prévoyons donc qu'elle sera des nôtres aujourd'hui.

Nous recevons un témoin qui a déjà comparu devant nous; il s'agit de Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation, Ressources humaines et Développement social Canada.

Nous avons invité M. Hicks à comparaître de nouveau parce que ses propos nous ont donné matière à réflexion. Cependant, comme il était accompagné d'un grand nombre de personnes, nous n'avons pas pu lui poser les questions précises que nous aimerions lui poser aujourd'hui.

Je crois savoir, monsieur Hicks, que vous allez nous présenter un exposé, après quoi nous allons poser des questions. Nous savons que vous avez eu très peu de temps pour vous préparer pour cette réunion et nous vous remercions d'être avec nous aujourd'hui.

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation, Ressources humaines et Développement social Canada : Malgré le court préavis, je suis heureux d'être ici aujourd'hui.

J'ai étudié les questions dont le comité est saisi, et ce, non seulement au Canada, mais également au sein de l'OCDE, l'Organisation de coopération et de développement économiques, où j'ai coordonné une grande partie des travaux sur les incidences du vieillissement de la population dans divers pays. C'est un honneur pour moi d'être ici.

Je vais parcourir rapidement mes notes. Lorsqu'on parle d'études sur le vieillissement, on fait généralement référence à deux différents types d'études. Elles sont tout aussi importantes l'une que l'autre, mais si on ne fait pas la distinction entre les deux, il peut parfois y avoir de la confusion. Premièrement, il y a les études sur le vieillissement individuel, qui portent en fait sur les aînés et qui visent à déterminer quelles politiques ont des répercussions sur ce groupe de personnes.

Quand on parle du « vieillissement de la population », ou « vieillissement de la société », que vous étudiez dans le cadre de votre mandat, on fait plutôt référence aux effets de l'évolution de la structure par âge et de la taille de la population. Il est question ici non pas tant des aînés, mais de l'aspect financier, notamment du financement des régimes de pension et du système de santé, et des conséquences de l'apprentissage continu et du vieillissement

of discussions tends to have dominated the discussions in the past decade, obviously in anticipation of the coming retirement of the baby boomers.

Most discussions of aging have been more on population aging and less on the question of seniors and older people. Increasingly around the world, that debate is now shifting away from, can we afford to grow old — most countries have an answer to that question now — to the question of population size, below replacement fertility. That phase of the debate has not hit Canada at the national level, although it has hit Quebec and some of the provinces.

I can speak to you about population aging. I know something about life-course flexibility. When I was approached last week, I was somewhat hesitant because I cannot speak to you authoritatively on the issue of older people and seniors. There are other people in our department who run the pension scheme. Perhaps you noticed that in my last testimony before you. I relied heavily in my last testimony on everyone but myself. I do not speak for pensions. I do not speak for New Horizons for Seniors. I am not advising Senator LeBreton on her new responsibilities: others in the department are. They would be pleased to come back at the appropriate time.

I am shaping my answers to your questions from a life-course population aging perspective. I will defer on other matters because I am not the right person to talk on some of those seniors' issues.

Your first question relates to defining seniors. My basic point is that in all OECD countries there is a fundamental problem. The number of young people in school is growing. Sorry, that is wrong. The period of life people spend in school is growing, the period of retirement growing hugely, and the proportion spent in work in the centre of life is shrinking. For some time, that situation has been treated as a serious economic problem by OECD countries. It has fiscal implications but also questions related to who is producing and consuming.

Most recently, a social dimension has been added to that. People are beginning to ask why we are spending a third of our life healthy and skilled, with many but not all wanting to work longer. Why are the cards squishing work in the middle of life and is it not better to have a scheme where there is more flexibility for learning, caregiving, work and leisure than is the current case. That social dimension has been added to the economic dimension that was dominant in the 1990s.

In response to that issue, a number of countries, as your question notes, are taking steps to increase age of entitlement to retirement benefits. The Americans did that many years ago. A number of other countries have recently joined them. Sweden and other countries are taking a different approach.

de la population active, tant sur le plan social qu'économique. Voilà les sujets qui ont surtout dominé les discussions au cours de la dernière décennie, en raison, de toute évidence, de l'imminence du départ à la retraite des baby-boomers.

La plupart des discussions ont porté davantage sur le vieillissement de la population que sur les aînés. Partout dans le monde, le débat tourne moins autour de la capacité d'assumer les coûts associés au vieillissement — la plupart des pays ayant réglé cette question — que du déclin de la population, à cause des taux de fécondité insuffisants pour renouveler les générations. Ce problème ne fait pas l'objet d'un débat à l'échelle nationale; il se limite au Québec et à quelques autres provinces.

Je peux vous parler du vieillissement de la population ainsi que de la souplesse relativement au parcours de vie. Quand j'ai reçu l'invitation à comparaître la semaine passée, j'étais quelque peu hésitant parce que je n'ai pas toutes les connaissances voulues pour vous entretenir des personnes âgées. Il y a des gens au sein du ministère qui sont chargés des programmes destinés aux retraités, et vous vous souvenez peut-être que lorsque j'ai témoigné devant vous, c'est à leur expertise, et non à la mienne, que je me suis fié. Je ne peux pas faire d'observations sur le régime de pensions ni sur le programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Je suis aussi mal placé pour conseiller le sénateur LeBreton; cette tâche revient à d'autres collègues, et ils seraient ravis de revenir au moment opportun.

Je suis en mesure de répondre aux questions portant sur le vieillissement de la population selon la perspective du parcours de vie. Pour ce qui est des autres questions sur les aînés, je suis incapable d'y répondre.

Votre première question porte sur la définition des aînés. Ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'il existe un problème fondamental dans tous les pays de l'OCDE : le nombre de jeunes aux études augmente. Non, je me reprends. Le nombre d'années consacrées aux études augmente, la durée de la retraite s'accroît considérablement, et la période que les personnes d'âge moyen passent sur le marché du travail diminue. Depuis un certain temps déjà, les pays de l'OCDE considèrent cette situation comme un grave problème économique, en raison des répercussions financières et de la nécessité de connaître l'offre et la demande.

Tout récemment, une dimension sociale est venue s'ajouter au problème. Les gens commencent à se demander pourquoi être seulement un tiers de la vie actif et en bonne santé, alors que beaucoup souhaitent travailler plus longtemps, même si ce n'est pas la majorité. Pourquoi concentre-t-on le travail au milieu de la vie? Ne serait-il pas mieux d'avoir un système qui nous offre plus de souplesse pour organiser l'apprentissage, les soins, le travail et les loisirs? C'est cette dimension sociale qui s'est ajoutée à la dimension économique qui prédominait dans les années 1990.

Pour régler ce problème, plusieurs pays, comme vous le mentionnez dans votre question, prennent des mesures pour augmenter l'âge d'admissibilité aux prestations de retraite. C'est ce qu'ont fait les Américains il y a de nombreuses années, et bien d'autres pays ont récemment suivi leur exemple. Toutefois,

They are not raising the age of entitlement but adjusting the benefit to the longevity of the cohort that receives them.

I have in my notes some bullets that remind us that age of entitlement is an important issue, without question, but it is not a big issue in the sense of any changes that will get you big numbers. Most people retire well before age 65 now. The patterns of retirement in Canada for older people have been going through the roof in the last five years, independent of any change in eligibility. People adjust and adapt. If you want to remove incentives to early retirement, you do not have to do it through age. There are many other ways in pension schemes and lots of other ways you can do that.

Usually when countries have increased the age of entitlement, they have done it gradually, with lots of notice. The change is more a signalling device that we are spending many more years in retirement in good health than it is for having any direct effect. I do not say it is not important, but changing the age of entitlement, at the end of the day, has little direct effect on increasing the length of time people spend in the labour market.

Is there an alternative? I will not go into the obvious. Nothing in our biology says we should retire at age 65. There probably was something at the beginning of the last century for manual workers: people in construction and on machine lines. They could not work much beyond 65 in most cases but that rationale has largely disappeared. Similarly, on the social side, there is no obvious reason why we should leave one of the main institutions that gives meaning to our society at age 65. Some people leave for sickness and various reasons but nothing in our society or biology dictates that we must leave at age 65.

Alternatives: The committee heard a witness, Byron Spencer, who pointed out that being old has changed. Should we think of a variable age for being a senior? Can we link the notion of "being old" to longevity? We can for analytic purposes, but I defy anyone to come up with a sensible program they could sell that links to longevity. On an individual basis, we do not know when we will die. It is tricky to make that calculation except as a formula in a pension benefit.

Do we need an age of entitlement at all? If we had a truly clean slate, most people would say: Why not give people the full choice to work, take leisure, go to school or give care in a much more flexible way over the course of life? Why do we have a fixed age when all of that should change, seeing as individuals are diverse in terms of their preferences for work and leisure. They are diverse in terms of whether they want to work and whether there is a meaningful opportunity to work.

certain, comme la Suède, ont adopté une approche différente. Au lieu d'augmenter l'âge d'admissibilité, ils rajustent les prestations en fonction de la longévité du groupe d'âge qui les reçoit.

J'ai noté en style télégraphique des faits montrant que l'âge d'admissibilité est manifestement un facteur important, mais pas en ce sens qu'il peut engendrer de grands changements. De nos jours, la plupart des gens prennent leur retraite bien avant l'âge de 65 ans. Au Canada, les tendances en matière de retraite ont beaucoup évolué au cours des cinq dernières années, peu importe les changements apportés à l'âge d'admissibilité. Les gens s'adaptent. Si l'on souhaite éliminer les incitatifs à la retraite précoce, il n'est pas nécessaire de modifier l'âge d'admissibilité; il existe bien d'autres façons de s'y prendre; il y a de nombreuses solutions de rechange.

En règle générale, les pays qui ont augmenté l'âge d'admissibilité l'ont fait progressivement, en informant les gens suffisamment à l'avance. Le changement a davantage pour objet de faire prendre conscience que nous passons plus d'années à la retraite en bonne santé que de provoquer un effet direct. Cela ne veut pas dire que la modification de l'âge d'admissibilité n'a aucune importance, mais au bout du compte, elle a très peu d'incidence directe sur le nombre d'années passées sur le marché du travail.

Y a-t-il des solutions de rechange? Il va sans dire qu'il en existe. Il n'y a aucun facteur biologique qui nous indique que nous devons partir à la retraite à l'âge de 65 ans. Évidemment, au début du siècle dernier, c'était peut-être le cas pour les travailleurs manuels, comme ceux travaillant dans la construction ou sur les lignes d'usinage. Dans la plupart des cas, ces personnes ne pouvaient travailler bien au-delà de l'âge de 65 ans, mais ce n'est pratiquement plus le cas de nos jours. Parallèlement, sur le plan social, aucune raison évidente n'explique pourquoi nous devrions abandonner, à l'âge de 65 ans, une des institutions les plus importantes et les plus valorisantes de notre société. Certaines personnes arrêtent de travailler pour des raisons de santé ou autres, mais rien dans notre société ou notre biologie ne dicte que nous devons prendre notre retraite à l'âge de 65 ans.

Pour en revenir aux solutions de rechange, un des témoins que le comité a entendu, Byron Spencer, a souligné que le concept de la vieillesse a changé. Faut-il en conclure que l'âge de la vieillesse varie d'une personne à l'autre? Pouvons-nous établir un lien entre prendre de l'âge et vivre vieux? À des fins d'analyse, c'est possible, mais je mets quiconque au défi de concevoir un programme raisonnable lié à la longévité. Nul ne sait quand il mourra; par conséquent, on établit une formule pour calculer les prestations de retraite.

Avons-nous réellement besoin de fixer un âge d'admissibilité? S'il fallait tout recommencer, la plupart d'entre nous dirait : « Pourquoi ne pas nous laisser entièrement le choix de travailler, d'avoir des loisirs, d'étudier ou de s'occuper des autres avec une plus grande marge de manœuvre tout au long de notre vie? Pourquoi avons-nous un âge fixe de la retraite? Tout le système devrait changer, car chacun d'entre nous a des préférences différentes pour ce qui est du travail et des loisirs. Nous n'avons pas tous l'envie ni la possibilité de travailler. »

The trouble with forgetting about the retirement age altogether is some people now would clearly lose with that approach. There are still people who cannot find work, who are sick and who cannot work much longer: If we take out the guarantee of retirement at age 65, we want to make sure that there is a real choice in place. In the long run it is conceivable to drop age altogether and making the whole thing more flexible.

Another line of argument is: Do we want a second line? The fourth age line, often talked about as around age 75, is where there is a biological change and where people are nearing frailty and they may need extra supports to maintain their dignity and independence. A number of people have made the case for a policy dividing line. The difficulty there is that it does not happen at the same time for everyone: the age of 75 is a convenience. Frailty happens to some people at age 55 and other people at age 95. For some people who die in good health, it does not apply at all. Once we start with those dividing lines, it is difficult to know why we would have a different set of policies for people who become disabled at the end of their lives than for people who become disabled at age 65, 55 or 45. An ageist issue comes in at that level. I am making life more complicated for you without any answers.

Your second question about the diversity for seniors was, "Does the National Framework on Aging still reflect current thinking."

The National Framework on Aging is about seniors, about older people. On the particular issues most of you are interested in, you will have to invite other people from the department who deal with them. Let me say, you have asked a darn good question. That framework was developed in the mid-1990s, and was cast in the language in of 1999, the International Year of Older Persons. The 1990s are only a couple of years ago, but the world looks nothing like it did in the 1990s. Remember in the 1990s, hardly anyone over age 65 was working, except in a few occupations, and except for a few self-employed people. We were at the end of a 20- to 25-year stretch towards ever earlier retirement. Back in the 1990s, the health debate was, is this increasing longevity spent in good health or are we simply extending the period of bad health? That subject was a real debate in the 1990s. People thought longevity meant more time in ill-health and were not sure it was a good thing.

Hardly anyone was in the labour market. The concern was that people were retiring earlier and earlier, and health would be a big problem with respect to increasing dependency. When we look at the framework then, the words apply to everyone and they are still completely sensible today: dignity, independence,

Si on ne fixe tout simplement plus d'âge pour la retraite, il est clair que certaines personnes seront désavantagées. Il y a des gens qui n'arrivent pas à trouver du travail ou qui sont malades et qui ne pourront plus travailler pendant encore bien longtemps. Si nous éliminons la garantie d'une pension à 65 ans, il faut veiller à ce que tous jouissent de choix véritables. À long terme, il est envisageable de ne plus fixer d'âge pour la retraite et de créer un régime plus souple.

On se demande souvent si on ne devrait pas établir un autre âge, soit le quatrième âge, qu'on situe souvent aux alentours de 75 ans et qui marque un changement biologique de même que le passage vers une santé plus fragile et le recours à de l'aide pour conserver son autonomie et sa dignité. Bien des gens soutiennent qu'on devrait envisager une nouvelle ligne de démarcation chez les personnes âgées. Le problème est que l'âge auquel se fait ce passage varie d'une personne à une autre : l'âge de 75 ans revêt un caractère pratique. Chez certaines personnes, c'est à 55 ans que la santé devient plus fragile, tandis que pour d'autres, c'est à 95 ans. Et les personnes qui meurent en bonne santé ne vivent jamais ce 4^e âge. Quand on établit des lignes de démarcation, il est difficile de comprendre pourquoi nous adopterions des politiques à l'intention des personnes qui deviennent invalides à la fin de leur vie différentes de celles s'adressant aux gens qui le deviennent à 65, 55 ou 45 ans. Il s'agit là d'une question qui concerne le vieillissement. Je ne vous éclaire pas beaucoup, car je n'ai pas de réponses à vous offrir.

Au sujet de la diversité des personnes âgées, vous vouliez savoir si le Cadre national sur le vieillissement reflète encore la pensée actuelle.

Le Cadre national sur le vieillissement concerne les politiques visant les personnes âgées. Pour répondre aux questions précises qui intéressent la plupart d'entre vous, vous allez devoir inviter des représentants du ministère compétents en la matière. Permettez-moi néanmoins de vous dire que vous avez posé là une excellente question. Le cadre a été élaboré au milieu des années 1990 avec le vocabulaire utilisé dans le contexte de l'Année internationale des personnes âgées, en 1999. Les années 1990 ne sont pas si loin, mais le monde n'est plus ce qu'il était à cette époque. Souvenez-vous que dans ces années-là, très peu de personnes de plus de 65 ans occupaient un emploi; il y en avait dans quelques domaines seulement et on comptait un petit nombre de travailleurs autonomes de cet âge. Nous étions à la fin d'une période 20 à 25 ans durant laquelle les gens avaient tendance à prendre leur retraite de plus en plus tôt. À cette époque, les débats dans le domaine de la santé portaient sur l'inquiétude qu'une plus grande espérance de vie se traduirait par le prolongement d'une mauvaise santé. Ce sujet-là était au coeur des discussions dans les années 1990. Les gens pensaient que l'augmentation de l'espérance de vie signifiait vivre plus longtemps en mauvaise santé et ne croyaient pas que c'était une bonne chose.

La population active avait grandement diminué. On se préoccupait du fait que les gens prenaient leur retraite de plus en plus tôt et que la mauvaise santé des personnes constituerait un problème important puisqu'elles auraient davantage recours à de l'aide pour conserver leur autonomie. Les principes prescrits par

participation, fairness and security. That concern made particular sense when we thought people would not be in the labour market, so we needed to help out extra with these kinds of words. The words still apply, but they apply to a society that now looks nothing like the 1990s. The big worry in the 1990s was unemployment. Where were the jobs to work longer in? It did not make any sense. Today we are talking about labour shortages. We could not have seen in the 1990s that the trend had already turned around. Older people were working much longer. That trend changed about 1996, but we could not see it in the 1990s. We can see it now. People are working longer. Labour shortages are the flavour of the month. The research shows that most increasing longevity is spent in good health, not in bad health. There is still argument about that issue but the debate is partially over. By and large, the view is more optimistic.

You are right to ask the question. The year 2012 is when the baby boomers start retiring. We often think that phase has started now. The baby boomers reach 65 in 2012. The world in the ten years after 2012, likely will look much different from the 1990s in terms of the labour-market situation and the social situation of older people.

I think you are wise to raise the issue. I have no great wisdom to suggest what the world after 2012 might look like, except that it is a fair bet it will not look much like the 1990s. The question is: Are we sufficiently near to 2012 to come up with good answers to that question or should we park some of those questions? I do not know the answer. I think the work of your committee will be particularly helpful in our round issues like that.

The third issue the committee raised is about frameworks. What is the best intellectual framework for talking about these things? You mentioned a life-course perspective, an active aging perspective and a healthy aging perspective. The underlying serious analytical perspective is the life-course perspective. The other two are slogans. This perspective is the whole framework for looking at things.

Right now most of our policies are point-in-time. We do something for people who were poor last year. If people are seven years old, we put them in the Grade 2 curriculum, and so on. A life-course perspective runs counter to that approach. This approach says we should look at the whole of life and, particularly, how things at one stage of life make a difference at subsequent stages: early childhood into school; school system into adolescence; adolescence into the workforce; and the workforce into being a senior. Income and health as a senior are largely set. When we are middle-aged, it is largely set, though not completely, at an earlier stage.

le cadre s'appliquent aux personnes de tous âges et ils sont encore tout à fait valables aujourd'hui. Il s'agit de la dignité, de l'autonomie, de la participation à la société, de l'équité et de la sécurité. Ces principes avaient un sens particulier car on savait que bien des gens n'allaient plus être sur le marché du travail. Ils sont encore valables, mais ils s'appliquent à une société qui est complètement différente de celle des années 1990. À ce moment-là, le chômage était la principale préoccupation. Où étaient les emplois qui allaient nous permettre de travailler plus longtemps? C'était insensé. Aujourd'hui, nous parlons des pénuries de main-d'oeuvre. On ne pouvait pas voir dans les années 1990 que la tendance s'était déjà inversée. Les gens plus âgés travaillaient beaucoup plus longtemps. C'est vers 1996 que la tendance s'est inversée, mais nous ne pouvions pas l'observer dans les années 1990. C'est maintenant que nous le voyons. Les gens travaillent en effet plus longtemps. Les pénuries de main-d'oeuvre constituent le sujet de l'heure. Des recherches montrent qu'une plus longue espérance de vie signifie que les gens vivent une grande partie des années supplémentaires en bonne santé. Ce sujet-là fait encore l'objet d'une discussion, mais le débat est pratiquement clos. Dans l'ensemble, il y a davantage d'optimisme à cet égard.

Vous avez raison de poser la question. C'est en 2012 que les baby-boomers vont commencer à prendre leur retraite. Souvent, nous pensons que c'est déjà commencé, mais c'est en 2012 que les premiers baby-boomers atteindront l'âge de 65 ans. Dans les dix ans qui suivront 2012, le monde sera très différent de celui des années 1990 sur le plan du marché du travail et de la situation sociale des personnes âgées.

J'estime que vous faites très bien de soulever cette question. Je ne peux pas deviner à quoi ressemblera le monde après 2012, mais je crois qu'on peut parier qu'il ne ressemblera pratiquement en rien à celui des années 1990. Il faut se demander ceci : sommes-nous suffisamment près de 2012 pour trouver de bonnes réponses à cette question ou devrions-nous attendre pour y répondre? Je ne le sais pas. Je crois que les travaux de votre comité seront particulièrement utiles à cet égard.

Troisièmement, le comité s'est interrogé aussi au sujet de plusieurs cadres. Quel est le meilleur cadre pour discuter de ces choses-là? Vous avez parlé de la perspective du parcours de vie, du vieillissement actif et du vieillissement en santé. La perspective du parcours de vie est celle qui permet une analyse sérieuse. Les deux autres sont des slogans. Cette perspective constitue le cadre de réflexion.

La plupart des politiques en vigueur visent principalement des interventions ponctuelles. Nous prévoyons des mesures pour les gens qui, l'an passé, ont eu un faible revenu; nous offrons le programme de deuxième année aux enfants de 7 ans; et cetera. La perspective du parcours de vie est contraire à cette approche. Elle suppose que nous devrions examiner la vie dans son ensemble et nous oblige à reconnaître que les événements à un stade de la vie d'une personne changent bien des choses à des stades ultérieurs : l'entrée à l'école, le passage à l'adolescence, l'entrée sur le marché du travail et la retraite. À l'âge de la vieillesse, le revenu et l'état de santé ne changeront généralement plus beaucoup. Il en va de même à l'âge moyen, quoique pas tout à fait au début de cette période.

A life-course perspective makes us analyze that and makes us favour social investment policies and preventive policies more than the interventionist policies that apply at a particular point in time later in life.

More than that, the life-course approach is much more finely grained. It forces us to look at the lives of real people. This approach supports qualitative analysis as well as quantitative analysis. It looks at the range of resources available to people, not only income but time use and shares of information — not only from government, but from a whole range of family, community and government. It deals with human capital, assets and all those kinds of things.

Everyone has always wanted to have life-course policies. It is common sense that life is a continuum. However, we have not had the tools to do that. Those tools, in the form of longitudinal surveys and new analytic techniques, are now becoming available, and we are developing life-course policy now because we can. We have not reached the stage where this change has had much impact on policy yet. It is still more a question of analysis and thinking things through. I have no doubt that as these new tools and databases come into play, policy will change, but certainly not tomorrow morning. It will take some years. By the time the baby boomers hit 2012, we will know more about how to shape finely grained policies that meet the real needs of people in that group.

“Active aging” is slogan invented at the OECD. I invented it. Americans were using a phrase called “productive aging,” which did not receive much credence around the world. Europeans did not like the term, “productive aging,” so we coined the phrase, “active aging.” They mean almost the same thing. They mean we should be able to participate in all the institutions of society as we became older, including the worlds of work.

Healthy aging is about the same thing except it is slightly narrower. The determinants of health and the determinants of social well-being are almost the same, so they are related. However, with health more emphasis is on fitness, health, and those things that you would need policy for to prevent constraints on dependence, dignity and things like that.

I think perhaps active aging has run its course. Slogans come and go. We need to be careful with slogans. However, the underlying life-course kinds of analyses I think will stick and they have permanence.

Federal government role is your final question. I confess I cannot answer your question with respect to seniors and aging. I know you would like me to, and I have had the words from other parts of our department. Please invite us back. I believe you have already had discussions with Senator

La perspective du parcours de vie nous porte à faire cette analyse et à privilégier des politiques d'investissement social et préventives plutôt que des politiques interventionnistes qui s'appliquent à une période précise plus tard dans la vie.

En outre, la perspective du parcours de vie suscite une analyse beaucoup plus peaufinée. Elle nous force à étudier la vie que mènent véritablement les gens. Elle implique une analyse tant qualitative que quantitative. Elle nous oblige à examiner la gamme des ressources dont les gens disposent, à savoir non seulement le revenu, mais aussi le temps, et ce dans l'optique de la famille, du travail, de la collectivité et du gouvernement. Elle nous amène à nous pencher sur le capital humain et d'autres actifs de la sorte.

Nous avons toujours voulu nous doter de politiques qui tiennent compte du parcours de vie. Il va de soi que la vie est composée d'étapes qui se succèdent. Toutefois, nous n'avons jamais eu les outils nous permettant de le faire. Ces outils, à savoir des études longitudinales et de nouvelles techniques d'analyse, commencent à être à notre disposition et nous permettent dorénavant d'élaborer des politiques fondées sur le parcours de vie. Cependant, nous n'observons pas encore de grands changements. Nous en sommes encore au stade de l'analyse et de la réflexion. Je suis certain qu'à mesure que ces nouveaux outils et nouvelles bases de données seront de plus en plus utilisés, les politiques évolueront, mais ce n'est pas demain la veille. Il faudra bien des années. D'ici à ce que les baby-boomers atteignent l'âge de 65 ans, en 2012, nous serons davantage en mesure d'élaborer des politiques mieux adaptées aux véritables besoins des gens de cette génération.

Le vieillissement actif est un slogan inventé par l'OCDE. En fait, c'est moi qui y ai pensé. Les Américains parlaient du vieillissement productif, qui est un terme qu'on n'a pas réussi à faire accepter à l'échelle internationale. Les Européens ne l'aimaient pas, alors nous avons inventé l'expression « vieillissement actif ». Les deux termes signifient pratiquement la même chose, soit que nous devrions tous être en mesure de participer à toutes les institutions de la société pendant que nous vieillissons, y compris le marché du travail.

Le vieillissement en santé a un sens un peu plus restreint que le vieillissement actif. Comme les déterminants de la santé et ceux du bien-être collectif se chevauchent considérablement, ils sont donc liés. Cependant, cette expression met l'accent sur la condition physique, la santé et la réduction des contraintes de la vie qui entraînent la perte d'autonomie et de dignité.

Je pense que l'expression « vieillissement actif » a peut-être fait son temps. Les slogans ne durent pas. Il faut les utiliser avec modération. Cela dit, le genre d'analyses que suscite la perspective du parcours de vie seront toujours judicieuses.

Votre dernière question porte sur le rôle du gouvernement fédéral. J'avoue que je ne peux pas répondre à votre question concernant les personnes âgées et le vieillissement. Je sais que vous aimeriez que j'y réponde, mais je peux vous dire que j'ai parlé à des personnes compétentes au sein du ministère, et je

LeBreton. I do not know how the discussions have gone but people are eager to come back for that discussion on federal government role.

With respect to the things I can talk about — population aging and life courses — the long and the short of it is that there are always problems, but compared to almost every other country, Canada is in good shape with respect to the population aging set of issues. Our fiscal situation and pensions are good. Health care, a problem everywhere, is already receiving much attention. Canadians are flexible in their retirement patterns. More could be done and more ought to be done: There is no question of that. By and large, compared to almost everywhere else, Canada stands as a good-news story on the population aging front. Some people think that Canada has a small problem of population aging compared to Germany or Japan. We do in absolute numbers, but in terms of the rate of change, Canada is aging faster than most other countries in the world. It is not that we do not have a big challenge: it is only that we seem to be well situated to deal with that challenge of population aging, compared to many other countries.

Many of us start off a policy prescription about any subject whatsoever with "Population is aging, therefore. . . ." Population aging tells us that there is volume pressure — a lot more older people and a lot fewer younger people et cetera — but it is not terribly helpful in telling us what to do about it. The main prescription for an aging population is to remove disincentives to work, but we do that whether a population that is aging or not. The standard argument is to increase productivity. That is absolutely true. Of course we should do that whether the population is aging or not. The standard prescription is to make sure health care is effective and working well. That is great, and it is true, but we should do that regardless.

Population aging by itself tells us few things about what we should do but it tells us when we should do things because of these volume pressures. The work of your committee may be less interested in population aging per se, and may be more interested in the intercept between the volume pressures and some of the individual life-course things kinds of things that you are signalling an interest in. I think a difficult area where recommendations and study is particularly needed is baby boomers and what their life will be like in retirement, and combine that with the population aging. Some of the other studies, in my view, have run their course. I am not sure one more population study — and there have been excellent ones — by itself will tell us too much new. I am probably wrong. However, when you combine these various things, as the mandate of your committee allows, I think you are into something interesting.

Thank you, and I am sorry I went too long.

vous invite à les convoquer. Je crois que vous avez d'ailleurs déjà discuté avec le sénateur LeBreton. Je ne sais pas comment se sont déroulées ces discussions, mais je sais que les gens du ministère ont hâte de vous entretenir du rôle du gouvernement fédéral.

Quant aux sujets que je peux aborder — le vieillissement de la population et le parcours de vie — je peux vous dire qu'il est inévitable qu'il y ait des problèmes, mais que le Canada fait assez bonne figure à ce chapitre comparativement à la plupart des autres pays. Notre situation financière et celle des régimes de pensions sont bonnes. Quant aux soins de santé, qui dans tous les pays est un secteur difficile à gérer, nous y voyons déjà de près. Les tendances au Canada en matière de retraite sont variées. Nous pourrions faire plus, et il le faut. Cela ne fait aucun doute. Dans l'ensemble, comparativement à la plupart des autres pays, le vieillissement de la population au Canada ne pose pas beaucoup de difficultés. Certains pensent que, par rapport à l'Allemagne ou au Japon, le problème du vieillissement de la population au Canada n'est pas aussi important. Je dois dire que c'est vrai en termes de chiffres absolus, mais sur le plan du rythme, la population canadienne vieillit plus rapidement que celle de la plupart des autres pays du monde. Nous avons comme eux un grand défi à relever, mais il semble que nous soyons mieux à même d'y faire face.

Souvent, quand vient le temps d'élaborer une politique à propos de quoi que ce soit, nous commençons par dire que puisque la population vieillit, nous devons par conséquent... Le vieillissement de la population nous indique que la société se composera d'un nombre bien plus élevé de personnes âgées et de beaucoup moins de jeunes, mais cela ne nous dit par contre aucunement comment faire face à ce phénomène. La principale solution est de supprimer les facteurs de dissuasion au travail, mais c'est ce que nous devons faire même si la population n'est pas vieillissante. Aussi, on dit souvent qu'il faut accroître la productivité, et c'est tout à fait vrai. Bien sûr, c'est encore ce qui s'impose, que la population soit ou non vieillissante. De même, il faut peu importe veiller à ce que le système de santé soit efficace et fonctionne bien.

Le vieillissement de la population en tant que tel nous donne peu d'indications sur les mesures à prendre, mais il nous dicte par contre quand nous devrions agir, à cause des pressions exercées sur le système. Au lieu de se pencher sur le vieillissement de la population proprement dit, votre comité devrait peut-être étudier davantage le lien qui existe entre les pressions qui s'exercent et certains des éléments touchant le parcours de vie pour lesquels vous avez signifié un intérêt. Je crois qu'il y aurait lieu de formuler des recommandations et de faire des études sur la vie que mèneront les baby boomers à la retraite ainsi que sur le vieillissement de la population. Certaines des études qui ont déjà été effectuées sont selon moi désuètes. Je ne pense pas qu'une autre étude sur la population — et je dois dire qu'il y en a eu des excellentes — nous apprendrait grand-chose de nouveau. J'ai probablement tort, mais j'estime qu'il serait intéressant que votre comité se penche sur tout cela étant donné que votre mandat vous le permet.

Je vous remercie, et je suis désolé d'avoir été si long.

The Chairman: Not at all: We were interested in what you had to say.

I am particularly interested in any suggestions you might make with respect to removing the disincentive to work. What kinds of things would you suggest can be done in Canada to remove that disincentive to work, while at the same time — and I think you referred to this — protecting those people who need the programs in place, whether because of illness or incapacity of some nature?

Mr. Hicks: I will run through the standard answer to that question because I do not have any wisdom beyond the standard answer. It is a question that all OECD countries are addressing. We are by no means unique. In most other countries, the first thing they say is fix the pension scheme, because there are huge disincentives in the public pension scheme of a lot of countries. That answer does not apply here. We do not have that easy answer of fixing the public pension scheme.

There are certain things we could do in the public pension schemes. The Department of Finance put out a white paper or green paper several years ago concerning the five-year review of the Canada Pension Plan, CPP, that is currently coming to an end. It examined such questions as whether people should be allowed to work and receive a pension at the same time and whether there should be anything in taxation or pension law to prevent one from working and receiving a pension at the same time.

A number of questions have been raised about the actuarial fairness of the adjustment in the CPP. Compared to other countries, CPP is a model, a dream come true, but there may be slight incentives to retire in the earlier part of that period rather than the later part. There have been more recent concerns about the coverage of private pension plans. There is some concern that public pension plans such as the ones I have, and I expect you may as well that are private, that have a formula that reward people for retiring at the best of their last seven years or whatever, are a disincentive to carry on in their present job. People who are reasonably well educated and skilled can get around it easily; they take a job somewhere else. They become a consultant or they do something else. The problem is much bigger for people without those mobile skills.

There has been much work around older workers. Age is a dangerous thing in these discussions. What can we do to keep older workers working longer? There are labour market programs that work well. They are costly, but they work. We certainly do not reward people for not working. That was the pattern of 1980s, which most countries had gotten rid of by the 1990s and early 2000.

Often people retire earlier because they do not have the skills to continue, or they become emotionally exhausted with the job they have. Schoolteachers are an example; they do not want to look at another class of three-year olds. However, that situation happens because the school boards, the universities and teachers expected

Le président : Ne soyez pas désolé, vos propos sont fort intéressants.

J'aimerais surtout savoir si vous avez des suggestions à faire en ce qui concerne l'élimination des facteurs de dissuasion au travail. Que pourrions-nous faire à cet égard au Canada, tout en veillant — comme vous l'avez mentionné je crois — à protéger les personnes qui ont besoin des programmes existants, que ce soit en raison d'une maladie ou d'une incapacité?

M. Hicks : Je vais vous donner la réponse habituelle à cette question, car je n'ai pas réussi à en trouver d'autres. Il s'agit d'un problème sur lequel se penchent tous les pays de l'OCDE. Nous ne sommes pas du tout uniques. Dans la plupart des autres pays, la première solution à laquelle on pense, c'est modifier les programmes publics en matière de retraite afin d'éliminer les obstacles importants qu'ils causent. On ne peut pas appliquer cette solution au Canada. Nous ne pouvons pas avoir recours à cette solution facile.

Il y a par contre certaines mesures que nous pourrions prendre en ce qui concerne ces programmes. Le ministère des Finances a publié un livre blanc ou un livre vert il y a quelques années portant sur l'examen quinquennal du Régime de pensions du Canada, le RPC, qui est sur le point d'être terminé. Dans ce document, le ministère se demande si les gens devraient pouvoir travailler tout en recevant une pension et si la législation en matière d'impôt ou de pension devrait contenir des dispositions interdisant à une personne de travailler en même temps qu'elle reçoit une pension.

On a souvent mis en doute la justesse du calcul actuariel du rajustement des pensions. Comparativement à ce qui existe dans d'autres pays, le RPC est un modèle, un exemple à suivre, mais il se pourrait qu'il favorise un départ à la retraite vers le début de la période en question plutôt que vers la fin. Récemment, des préoccupations ont été soulevées à propos des régimes de pension privés. Puisque les régimes de pension publics, et je suppose que c'est vrai aussi pour les régimes privés, récompensent les personnes qui prennent leur retraite à la fin de leurs sept meilleures dernières années, on craint que cela décourage les gens de continuer à travailler. Ceux qui ont un assez haut niveau d'instruction et qui sont très compétents peuvent facilement contourner cet obstacle en devenant consultant ou en faisant autre chose. Le problème est beaucoup plus important pour les personnes qui ne sont pas aussi polyvalentes.

Les discussions à propos des travailleurs âgés sont nombreuses. L'âge est un sujet délicat. Quelles mesures peut-on prendre pour faire en sorte que les travailleurs âgés restent plus longtemps sur le marché du travail? Il existe des programmes qui fonctionnent bien, quoi qu'ils soient coûteux. Chose certaine, nous ne récompensons pas les gens pour le fait qu'ils ne travaillent pas. C'était le cas dans les années 1980, mais dans les années 1990 et au début des années 2000, ce ne l'était plus dans la plupart des pays.

Souvent, les gens prennent leur retraite plus tôt parce qu'ils ne possèdent pas les compétences nécessaires pour continuer à travailler ou parce qu'ils souffrent d'épuisement psychologique causé par leur travail. Les professeurs en sont un bon exemple; il arrive parfois qu'ils n'aient plus la force nécessaire pour gérer,

them to retire at 55. If the expectation was to retire at 65, the teacher probably would have done something at the age of 45 so that the teacher did not have to look at another classroom of three-year-olds for 20 more years. That change would involve further retraining, such as for teaching nine-year-olds, which may be less frustrating.

For people in hard physical labour, it is easy to say, retrain to do something less hard. If no jobs are available, as has been the case, that is hollow advice. However, we are now looking at a world where labour shortages are on the scene. We are still operating with the baby boomers in the population and the size of the working age population is increasing. That will not end for several more years. Once it does end, everyone expects shortages. That means more highly qualified jobs will be available. However, you do not train people for those highly qualified jobs when they are 55. That training must start earlier in life. It is not so much a question of a particular age but of putting a lifelong learning perspective on things so that people train and retrain expecting that they will have the opportunity to work if they want. The question is one of expectations; hence going back to the signalling effect.

Raising the age of entitlement to a pension will not do much. It would be more useful to think of something as a signal. One does not need to retire at age 55 or 65: there is choice. We know that when there are choices, people prefer working over not working. We need to go back to whether people like their jobs. People who hate their jobs often think there is no alternative to retirement. However, if we start probing in focus groups, we find that people would sooner work than not work. The workplace is the major social institution of our society, after the family. By and large, most people like their colleagues and enjoy time at work. They often hate their particular job by the time they are ready to retire, but part of that is a labour shortage and part of it involves expectations. The committee might want to ask how one gets at some of these underlying expectations.

We cannot do it with age cut-offs. This notion is the society for all ages one. There are other things we could do. There are technicalities around ceilings and pensions and things like that. Most countries on the private side have shifted away from defined benefit, defined contribution private pensions so, basically, the amount they contribute to a pension is what they get back. This approach is more neutral with respect to retirement incentives than most defined benefit pensions.

However, almost all OECD countries also shifted their defined benefit plans so there is a greater link between what people receive when they retire and what they actually contribute. Exactly the same thing can be done within the context of a defined benefit or a defined contribution scheme. All countries have moved in that direction over the past decade, sometimes quickly. Often the

disons, un groupe d'enfants de trois ans. Toutefois, il faut dire que les commissions scolaires et les universités s'attendent à ce qu'ils prennent leur retraite à 55 ans. Si c'était plutôt à 65 ans, un professeur aurait probablement fait un changement à 45 ans pour faire en sorte qu'il ne passe pas les 20 années suivantes à enseigner à un groupe d'enfants de trois ans. Il aurait peut-être suivi une formation plus poussée en vue de pouvoir enseigner à des enfants de neuf ans, ce qui serait plus facile pour lui.

Quant aux personnes qui effectuent un travail manuel exigeant, il est facile de leur dire de se recycler dans un autre domaine. Mais si aucun emploi n'est disponible, comme cela a déjà été le cas, il s'agit-là d'un conseil inutile. Cependant, nous prévoyons des pénuries de main-d'œuvre. À l'heure actuelle, les baby boomers sont encore actifs et la taille de la population active continue de s'accroître. Cette tendance se maintiendra pendant quelques années encore. Lorsqu'elle s'arrêtera, tout le monde s'attend à des pénuries. Cela signifie que les travailleurs hautement qualifiés seront en demande. Il faut penser par contre que ce n'est pas à 55 ans qu'on forme des gens pour qu'ils deviennent hautement qualifiés. La formation doit commencer plus tôt dans la vie. Ce n'est pas tant en raison de l'âge, mais plutôt pour apporter une perspective d'apprentissage s'étalant sur l'ensemble de la vie de sorte que les gens suivent une formation ou se recyclent en sachant qu'ils auront l'occasion de travailler s'ils le veulent. Il s'agit de prévoir.

Augmenter l'âge d'admissibilité à une pension ne fera pas grand-chose. Une personne ne devrait pas nécessairement être forcée de prendre sa retraite à 55 ans ou à 65 ans; elle doit avoir le choix. Nous savons que lorsqu'il existe des choix, les gens préfèrent continuer de travailler. Il faut voir s'ils aiment leur emploi. Ceux qui détestent leur travail pensent souvent que la retraite est la seule solution. Toutefois, lorsque nous tenons des groupes de discussion, nous découvrons que les gens préfèrent plutôt travailler. Le marché du travail est la principale institution sociale de notre société, après la famille. Dans l'ensemble, la plupart des gens apprécient leurs collègues et le temps qu'ils passent au travail. Souvent, par contre, ils n'aiment plus le travail qu'ils font quand ils sont prêts à prendre leur retraite, mais cela est attribuable en partie à un manque de personnel et à des attentes non comblées. Le comité devrait peut-être chercher à savoir pourquoi les attentes ne sont pas comblées.

Nous ne pouvons pas fixer d'âge pour la retraite, puisque nous sommes dans une société pour tous les âges. Nous pouvons prendre d'autres mesures. L'établissement des plafonds et des pensions doit tenir compte de certains détails. Dans la plupart des pays, les régimes de retraite privés ont délaissé les prestations déterminées, ce qui signifie que le travailleur reçoit l'équivalent de ce qu'il a contribué. Il s'agit donc d'une approche plus objective sur le plan des incitatifs à la retraite.

Cependant, presque tous les pays de l'OCDE ont aussi modifié leur régime public à prestations déterminées afin d'harmoniser davantage les prestations avec les cotisations. On peut faire exactement la même chose en ce qui a trait aux cotisations déterminées. C'est ce que tous les pays ont fait au cours de la dernière décennie, et parfois ce changement s'est opéré

changes in the formula are so subtle they are not noticed, but they are all in the direction of removing those work disincentives that are in public pension plans.

Coverage of private pensions is a new issue. That has been steady in Canada. One would have expected private pension coverage to be extended more than it has. It has held its own. There are some issues that people raise about private pensions. For those people who do not have private pensions, it often works the opposite way; people are forced to work longer than they think they needed to, which is bad. Our object is choice. However, on average and on balance for most people, working longer is good. People with low education and low skills who go to focus groups do not see it that way at all. They think that is crazy.

It is important that we look at who we are talking about when talking about retirement ages. It is a big mistake to look at the issue at the level of an average Canadian. There is no average Canadian when it comes to this issue. There are decided groups.

Again, as you investigate, you would gain much by probing the experience of Aboriginal Canadians, who have a different demographic problem; recent immigrants; and people with high and low skills. The real answer lies in getting away from that big average Canadian and down to more finely grained analysis.

The Chairman: One can collect CPP early, but with a penalty at age 60. One can collect the average at age 65, but if one waits until age 70 one can collect an enhanced benefit. Why have we not done that with Old Age Security?

Mr. Hicks: The issue has been raised on a number of occasions. People retire now well before age 65. If one fixes that issue, one would not fix much in the way of large numbers. People have been more concerned about the low-end income scale and not giving off signals that we are trying to force people to work longer if they are at the bottom. That is my intuition, senator. The question is a perfectly legitimate one to ask. One reason it has not received much attention is because it would not change much right away, but as we look down the road, it is a perfectly legitimate question. It would likely have a more signalling effect, but we would want to ensure that recipients of the Guaranteed Income Supplement, GIS, were not hurt if we did that.

Senator Mercer: Thank you for reappearing. We appreciate it. As you can tell, we were interested in your comments the first time around.

I am cautious in these meetings and worry about someone at home watching this and thinking that we are planning how to take something away. I assure viewers that we are

rapidement. Il arrive souvent que les modifications apportées à la formule soient tellement minimes qu'on ne les remarque pas, mais elles ont tous pour but d'éliminer les facteurs de dissuasion au travail inhérents aux régimes de pension publics.

L'adhésion aux régimes privés est un nouveau sujet. Le nombre n'a pas augmenté au Canada. On se serait attendu à ce qu'il progresse davantage. Il n'y a pas eu de changement. Les gens s'interrogent à propos des régimes de pensions privés. Les personnes qui n'adhèrent à aucun régime de retraite privé sont forcées de travailler plus longtemps que nécessaire selon elles, ce qui n'est pas une bonne chose. Nous voulons que les gens aient le choix. Cependant, dans la plupart des cas, travailler plus longtemps est bénéfique. Ce n'est pas ce que pensent les gens qui ont un faible niveau d'instruction et qui ne sont pas très qualifiés, si l'on se fie à ce qu'on entend dans les groupes de discussion. Ils pensent que c'est stupide.

Lorsqu'il est question d'âge de la retraite, il est important de nous demander de quel groupe nous parlons. Nous faisons une grave erreur lorsque nous examinons cette question en se fondant sur le Canadien moyen. La notion du Canadien moyen n'existe pas dans ce domaine-là. Il y a des groupes bien définis.

Je le répète, vous gagneriez à examiner l'expérience des Canadiens autochtones, dont la société est aux prises avec un problème de nature démographique différent. En effet, leur société se compose de nouveaux immigrants, de personnes hautement qualifiées et de gens qui ont peu de compétences. Ce qu'il faut, c'est abandonner l'idée que le Canadien moyen existe et effectuer une analyse plus raffinée.

La présidente : Une personne peut recevoir plus tôt des prestations du RPC, mais une pénalité est imposée à 60 ans. À 65 ans, on peut recevoir des prestations moyennes, mais si on attend jusqu'à l'âge de 70 ans, on reçoit des prestations accrues. Pourquoi n'avons-nous pas instauré le même système dans le cas de la Sécurité de la vieillesse?

M. Hicks : Cette question a été posée maintes fois. Maintenant, les gens prennent leur retraite bien avant 65 ans. Même si nous le faisons, cela ne changerait rien à cette tendance. On se préoccupe davantage des gens à faible revenu, en ce sens qu'on ne veut pas donner l'impression que nous essayons de forcer ces gens à travailler plus longtemps. C'est ce que je crois, sénateur. C'est une très bonne question, mais on ne s'y est pas beaucoup attardé notamment parce que cela ne changerait pas grand-chose dans l'immédiat. À long terme, il s'agit toutefois d'une question judicieuse. Il faudrait par contre veiller à ce que les bénéficiaires du supplément de revenu garanti ne soient pas pénalisés.

Le sénateur Mercer : Nous vous remercions de comparaître devant nous de nouveau. Nous vous en sommes reconnaissants. Comme vous voyez, vos propos nous ont beaucoup intéressés la première fois.

Je suis prudent dans ce genre de séances, car je crains que les auditeurs pensent que nous sommes en train de planifier comment nous allons leur enlever quelque chose. Je leur assure que nous

trying to find a way to enhance these things to ensure that they work better. We are nowhere near any solutions.

You talked about removing the disincentive to work. It seems to me that this disincentive is a problem. People reach a certain age or certain point in their life where they planned to retire, and when they arrive there they realize that maybe they are not ready to retire, but there is no incentive for them to stay.

I want to explore volunteerism and your thoughts on it. A huge number of volunteers is required in this country and around the world. Many programs capitalize on the talents of all Canadians, particularly seniors, who bring a wealth of experience and knowledge, the ability to do the job and probably the efficiency that we, as volunteers at a younger age, did not have because we did not have the experience.

Mr. Hicks: That avenue of approach is legitimate. If there is a caveat, we know from our research that, by and large, people who volunteer when they are older are people who have experienced volunteering when younger. A typical pattern is people who volunteer have always done so, and in the period after retirement, say five years, tend to volunteer more. For that reason, we see a spike in the amount of volunteering of older people. That spike usually peters out quickly, after that first period of time. People do not maintain that increase throughout their entire period of good health in retirement. Certainly, they do more.

The challenge is, that pattern is much more prevalent than people starting to volunteer when they retire. That pattern is not common. It does happen, of course. It is not a different challenge from increasing the level of volunteering throughout the whole course of life. One would need to make a big difference when people are older to have a culture of volunteering that is more widespread than it is currently. I do not have the latest figures, but I believe, going from memory, there is a downward trend in volunteering among younger age groups. If that trend continues and does not turn around, it would not speak well for volunteering catching on when people retire. That might change with advertising, stories and marketing — I do not know — but it is not as simple as some people would make it seem.

Senator Mercer: In 2010, Canada will host the winter Olympics in Vancouver-Whistler, and I have seen a recent paper about the use of volunteers, particularly older ones. The recent studies show that the percentage of volunteers considered to be seniors was as low as 2 per cent of the volunteers in Lillehammer, Norway, and as high as 33 per cent of the volunteers in Turin, Italy. There is a great opportunity in planning these events. If we sit back and wait for seniors to come forward, that will not happen. However, if we say we want 40 per cent of our volunteers for the 2010 Olympics to be seniors and we want it to be a positive experience for older Canadians as well as younger Canadians and Canadians in general, as we watch this

sommes plutôt en train de trouver une façon d'améliorer le système pour faire en sorte qu'il fonctionne mieux. Nous sommes encore très loin d'une solution.

Vous avez parlé d'éliminer les facteurs de dissuasion au travail. Il me semble que ces facteurs constituent un problème. Les gens atteignent un certain âge ou un certain stade de leur vie auquel ils avaient prévu prendre leur retraite, mais ils se rendent compte qu'ils ne sont peut-être pas prêts, mais rien ne les incite à continuer à travailler.

J'aimerais parler du bénévolat et obtenir votre opinion à ce sujet. Au Canada et partout dans le monde, il y a une forte demande de bénévoles. De nombreux programmes profitent des talents de tous les Canadiens, particulièrement ceux des personnes âgées, qui ont une riche expérience et de vastes connaissances à partager, la capacité d'effectuer le travail et probablement l'efficacité nécessaire que les jeunes bénévoles n'ont pas en raison du manque d'expérience.

M. Hicks : C'est une voie qu'il y a tout lieu d'explorer. Nous savons, d'après nos recherches, qu'en général, les personnes qui font du bénévolat à un âge plus avancé en ont également fait lorsqu'elles étaient plus jeunes. En effet, les gens qui font du bénévolat en ont habituellement toujours fait, et durant la période qui suit le départ à la retraite, disons cinq ans, ils ont tendance à en faire davantage. C'est pourquoi nous observons une hausse du bénévolat chez les personnes plus âgées. Après cette période en question, on enregistre une baisse rapide généralement. Les gens ne continuent pas de faire autant de bénévolat durant toute la période pendant laquelle ils sont en bonne santé à la retraite. Mais il est certain qu'ils en font plus.

Cette tendance s'observe davantage chez les personnes qui ont toujours fait du bénévolat que chez celles qui commencent à en faire à la retraite. Elle n'est donc pas généralisée. Nous devons relever un grand défi quand il s'agit de faire augmenter le taux de bénévolat chez tous les groupes d'âge. Pour faire en sorte que le bénévolat soit beaucoup plus répandu qu'à l'heure actuelle, il y aurait beaucoup de travail à faire. Je n'ai pas en main les plus récentes données, mais si ma mémoire est bonne, je crois qu'on observe une baisse du bénévolat chez les plus jeunes. Si cette tendance se maintient, il sera difficile de s'attendre à ce que le taux de bénévolat chez ces gens-là lorsqu'ils seront à la retraite soit élevé. Cette tendance pourrait peut-être s'inverser grâce à la publicité — je ne sais pas — mais ce n'est pas aussi simple que certaines personnes le font paraître.

Le sénateur Mercer : En 2010, le Canada sera l'hôte des Jeux olympiques d'hiver à Vancouver et Whistler, et j'ai lu à ce sujet un document publié récemment à propos de l'embauche de bénévoles, surtout des personnes plus âgées. Des études récentes révèlent que le pourcentage de bénévoles considérés comme étant des personnes âgées n'était que de 2 p. 100 lors des Jeux olympiques de Lillehammer, en Norvège, et qu'il atteignait 33 p. 100 aux Jeux de Turin, en Italie. Ce genre d'événements nous offre une excellente occasion de fixer des objectifs. Il ne faut pas penser que les personnes âgées manifesteront d'elles-mêmes leur intérêt. Si nous décidons que 40 p. 100 des bénévoles aux Jeux olympiques de 2010 devraient être des personnes âgées et que

spectacle unfold, we need to plan for the involvement of seniors or retired persons, if people can agree on what a "senior" is. If we plan to involve them in such events, that is how we will drive the demand for volunteers. Do you think that is accurate?

Mr. Hicks: In the worst case, it would be a wonderful signalling device. I do not have a sense of the numbers of people that would be involved in that event. The downside seems to be negligible, and the upside, together with a few other things, would be a good symbol about leading an active life. I cannot see a downside. My guess is that it would not attract large numbers of people, but that is not a problem.

Senator Mercer: I have always worked for the not-for-profit world and worked with people of all ages, but the number one reason people do not give money or volunteer is because they are not asked. If we plan to involve seniors in everything we do and ask them, we will get more volunteers.

You vaguely made reference to coverage of private pensions. What do you think about the mobility of pensions from one employer to another? I have worked for a number of employers where I had a good pension plan and then moved to another employer. Now I find myself managing my pension plan. I am not good at it, and I am sure others are in that situation. Would mobility of pensions help Canadians in general?

Mr. Hicks: I have no doubt that is the case, senator. I do not pretend to be a pension expert, but I had the benefit of going to a couple of conferences recently on this subject, so I am not speaking from personal knowledge but reported knowledge. You may wish to come back to this area.

However, at the last conference I was at, the bigger issue addressed was the unevenness of the private pension coverage to begin with. I am told that Registered Pension Plan, RPP, coverage is falling as a percentage of population. It is being replaced by an increase in Registered Retirement Savings Plan, RRSP, coverage, but between the two of them, we have unequal coverage.

For those who are covered, the other issue raised at the last conference was the cost of pensions, particularly RRSPs and mutual funds. The administrative costs in Canada are much higher than in other countries, that is a set of issues. There is the portability issue that you raised. However, I sense that the underlying concern in the last several years is the uneven coverage of any kind of RPP.

Senator Murray: Do you happen to know a ballpark figure for what percentage of the labour force is covered by either a public sector or private sector pension plan?

ce devrait être une expérience positive pour elles ainsi que pour les jeunes Canadiens et les autres, nous devons prévoir la participation des personnes âgées ou des retraités, si nous parvenons à nous entendre sur la définition d'une personne âgée. Si nous les faisons participer à de tels événements, nous allons ainsi contribuer à alimenter la demande de bénévoles. Êtes-vous d'accord?

M. Hicks : Ce pourrait être une excellente solution. Je n'ai aucune idée du nombre de personnes qui prendraient part à cet événement. Il ne semble pas y avoir d'inconvénient; au contraire, ce serait un bon moyen d'inciter les gens à mener une vie active. Je ne crois pas que cela intéresserait beaucoup de personnes, mais je n'y vois aucun problème.

Le sénateur Mercer : J'ai toujours travaillé pour des organisations à but non lucratif et avec des personnes de tous les âges. La raison principale pour laquelle les gens ne donnent pas d'argent ou ne font pas de bénévolat, c'est parce qu'on ne les sollicite pas. Si on veut voir des personnes âgées s'impliquer dans tout ce qu'on fait et qu'on le leur demande, il y aura plus de bénévoles.

Vous avez fait vaguement référence à l'adhésion à des régimes de retraite complémentaire. Que pensez-vous du transfert des pensions d'un employeur à un autre? J'ai travaillé pour un certain nombre d'employeurs offrant un régime de retraite avantageux, pour ensuite changer d'emploi. Je me retrouve maintenant à gérer mon propre régime, ce pour quoi je ne suis pas très doué —, et je suis certain que d'autres sont dans la même situation. En général, est-ce que le transfert des pensions aide les Canadiens?

M. Hicks : Sans aucun doute, sénateur. Je ne prétends pas être un spécialiste du domaine, mais j'ai pu récemment assister à quelques conférences sur le sujet. Je ne parle donc pas par expérience personnelle, mais d'après les informations que j'ai pu recueillir. Vous voudrez peut-être y revenir.

Cela dit, à la dernière conférence à laquelle j'ai participé, il était surtout question des inégalités en ce qui a trait à l'adhésion à des régimes de retraite complémentaire. On constate que le taux d'adhésion à des régimes de pension agréés, RPA, diminue, en pourcentage de la population, au profit des régimes enregistrés d'épargne-retraite, ou REER. Entre les deux, c'est inégal.

D'autre part, la deuxième question soulevée à cette conférence traitait du coût des pensions pour ceux qui y souscrivent, particulièrement celui des REER et des fonds communs de placement. Au Canada, les frais de gestion sont plus élevés que dans d'autres pays, ce qui, en soi, pose toute une série de problèmes. Il y a aussi la question de la transférabilité que vous avez soulevée. Cependant, je crois que le problème sous-jacent des dernières années réside dans la participation inégale à tous les types de RPA.

Le sénateur Murray : Auriez-vous une estimation quant au pourcentage de la population active couverte par un régime de retraite universel ou complémentaire?

Mr. Hicks: Public, of course, is, if not 100 per cent, approaching 100 per cent. I apologize; I have those numbers but not with me.

Senator Murray: The concern, as you suggest, is uneven coverage. A substantial number of Canadians in the labour force are not covered by any pension plan other than CPP.

Mr. Hicks: Yes and there is the Old Age Security, OAS, and the Guaranteed Income Supplement, GIS.

Senator Murray: Senator Mercer also raised the question of portability, which has been identified as another serious problem. You probably have an idea of the percentage of those plans that are portable.

Mr. Hicks: Again, I apologize, senator. I ought to have things like that but did not bring them with me. We have the information in the department, and I will ensure that it is sent to the committee.

Senator Murray: As you say, there are potential labour shortages in our economy caused by the aging population, and of course, the problem of fewer employed people supporting a number of younger and older people. The potential labour shortage problem is a macro problem. Are there particular occupations where population aging might have an adverse effect on the availability of manpower?

Mr. Hicks: I want to make a sharp distinction between now and the next three, four or five years when the baby boomers are still working versus —

Senator Murray: We are talking about a potential labour shortage here.

Mr. Hicks: I will still speak to it, senator, because it is not well understood. Currently, at the national level, supply and demand seem to be roughly in order in Canada. There is not a big issue right now. There are huge shortages, clearly, in Alberta and British Columbia in the natural resource industry and so on, obviously. Things are more or less in balance now and part of the reason is that the baby boomers are still in the workforce.

My second point is that we have no occupational forecasts at any level of precision that extend to 2012 with any degree of reliability at all, so we are not talking here about the realm of projections: we are talking about the realm of thinking things through at the level of common sense and things like that.

It seems to me, if present trends continue, you will see likely shortages in a number of occupations, particularly around the health professions. So far there does not seem to be anything on the horizon to see how that would turn around. Most shortages we see today are large shortages in particular occupations. They are not small shortages but large ones, so it is likely they will persist up to the time when the baby boomers retire.

Employers do adjust. When employers see an occupational shortage emerging, most of them in most fields have room over a 10-year period to change the nature of the work and the nature of

M. Hicks : Pour le premier, bien sûr, si ce n'est pas 100 p. 100 de la population, c'est tout près. Je suis désolé, mais je ne dispose pas de ces données ici.

Le sénateur Murray : Comme vous le laissez entendre, la couverture inégale pose problème. Une proportion importante de la population active canadienne n'adhère pas à un régime de retraite autre que le RPC.

M. Hicks : En effet. Il y a aussi la Sécurité de la vieillesse, SV, et le Supplément de revenu garanti, ou SRG.

Le sénateur Murray : Le sénateur Mercer a aussi soulevé la question de la transférabilité, qui a été définie comme un autre problème grave. Vous devez avoir une idée du pourcentage des régimes qui sont transférables.

M. Hicks : Encore une fois, je suis désolé, sénateur. J'aurais dû apporter ces informations avec moi, mais je ne l'ai pas fait. Nous les avons au ministère et je promets de vous les faire parvenir.

Le sénateur Murray : Comme vous le dites, notre économie pourrait connaître une pénurie de main-d'œuvre à cause du vieillissement de la population et, bien sûr, il faut penser au fait que de moins en moins de travailleurs prennent soin des personnes plus jeunes ou plus âgées qu'eux. Cela pose un gros problème. Y a-t-il des métiers particuliers où le vieillissement de la population pourrait avoir un effet négatif sur la disponibilité de la main-d'œuvre?

M. Hicks : J'aimerais faire une distinction claire entre aujourd'hui, où les baby-boomers travaillent encore, et les trois, quatre ou cinq prochaines années, alors que...

Le sénateur Murray : Nous parlons d'une pénurie de travailleurs potentielle.

M. Hicks : J'en parlerai tout de même, sénateur, parce que c'est mal compris. À l'heure actuelle, l'offre et la demande semblent équilibrées à l'échelle du Canada; la situation n'est pas problématique pour l'instant. Évidemment, il y a des manques flagrants en Alberta et en Colombie-Britannique dans l'industrie des ressources naturelles, par exemple. En ce moment, il règne un certain équilibre, et c'est partiellement grâce aux baby-boomers, qui sont encore présents sur le marché du travail.

En second lieu, il n'y a pas de prévisions par profession qui soient précises et fiables, au-delà de 2012. Comme on ne peut faire que des projections, il faut faire preuve de bon sens.

Si la tendance se maintient, il est probable qu'il y ait des manques dans certains secteurs, notamment celui de la santé. Jusqu'à présent, aucun indice ne permet de prédire comment la situation évoluera. La plupart des pénuries que nous connaissons actuellement sont généralisées dans des domaines particuliers. Il se pourrait que le problème persiste jusqu'à ce que les baby-boomers prennent leur retraite, car il s'agit de pénuries majeures.

Les employeurs s'ajustent. Lorsqu'ils entendent un manque de travailleurs, la grande majorité d'entre eux, et ce dans la plupart des domaines, s'arrangent pour changer progressivement

the workforce slowly to adapt to the supply of labour coming in. Some people argue it does not happen fast enough and if we had better information people would make those adjustments more quickly.

Sometimes people argue that all the shortages will be at the high end of the spectrum. The baby boomers who will retire in that period of time are well educated already. We do not see any huge imbalances at the general educational levels. Most of the new jobs created will be highly skilled and require a lot of education, but those are the characteristics of the people coming into the workforce, too.

There may be shortages at the bottom end as well. In the health care profession, for example, the shortage is not all neurosurgeons. It is also people who look after frail, elderly people and that kind of thing. After 2012, frankly, we are in the area of speculation. I assure you that if anyone tells you authoritatively what the occupational shortage will be, I will invite them to speak to my people who try to do these things and they will tell them 10.000 reasons why it cannot be done. Labour supply and demand adjust much faster than we sometimes think.

Senator Murray: The possibility of serious future shortages in the health professions is a serious problem, for which one assumes someone out there is planning. You say the fundamental solution therefore rests on increasing productivity of those who work, and extending the period of life in which people are active in the labour market. The largest pool of potential labour is among people who now retire in their 50s and 60s.

We all know that in some occupations the date of retirement depends on the number of years of service; after a certain number of years in service one can retire. In other occupations, a formula of years of service plus age indicates the point of retirement, and others where retirement is required at age 65.

Especially for those first two groups — those who can retire young if they put in 35 years as a member of a police force, the armed services or whatever, or those in the teaching profession, again, who can retire at a relatively young age because they have put in the required number of years plus age and met the formula — what you talk about are removing disincentives to work. There is no doubt that the first thing that comes to mind in terms of removing disincentives is to fiddle with the pension plan in such a way that retirement becomes a less attractive option.

I wonder whether one can offer positive incentives to people to continue working, starting with retraining for another, useful and profitable occupation, without fiddling with their pension plans in such a way as to remove the “disincentive to work.”

Mr. Hicks: That is my meaning when I say that the age of entitlement of pension benefit may be interesting and useful. It is one that would not necessarily be my first choice, even if it were fixed or raised.

la nature du travail et celle des effectifs sur une période de dix ans, afin de s'adapter à la disponibilité de la main-d'œuvre. Certains pensent que cela prend trop de temps et que ces ajustements se feraient plus rapidement si les gens étaient mieux informés.

Certains avancent parfois qu'il n'y aura de pénurie qu'au sommet de la pyramide. Les baby-boomers qui prendront leur retraite à ce moment-là sont déjà bien instruits. On n'observe aucun déséquilibre majeur au niveau de la formation générale. La plupart des nouveaux emplois créés seront hautement spécialisés et demanderont beaucoup d'instruction, mais ce sont aussi les caractéristiques des futurs travailleurs.

Il y aura peut-être également des pénuries dans le bas de la pyramide. Par exemple, dans le secteur de la santé, on manque non seulement de neurochirurgiens, mais aussi de gens pour s'occuper des personnes âgées de santé fragile et autres. Essayer de savoir ce qui se passera après 2012, honnêtement, c'est spéculer. Je vous assure que si quelqu'un vous annonce qu'il peut prédire à coup sûr comment sera la main-d'œuvre à ce moment-là, je l'inviterai à parler à mes collègues qui s'occupent de ce dossier; ils lui donneront les 1 001 raisons pour lesquelles c'est impossible à savoir. Parfois, l'offre et la demande de travailleurs s'ajuste plus vite qu'on ne le pense.

Le sénateur Murray : L'éventualité d'une pénurie grave de professionnels de la santé est un problème critique, dont on tient pour acquis que quelqu'un s'en occupe. Vous dites que la solution réside donc dans l'augmentation de la productivité des travailleurs et dans le prolongement de la vie active. Ceux qui prennent leur retraite dans la cinquantaine ou la soixantaine constituent le plus grand bassin de travailleurs potentiels.

Nous savons tous que pour certains métiers, la date de départ à la retraite dépend du nombre d'années de service. Ainsi, après tant d'années, une personne peut prendre sa retraite. Pour d'autres professions, on applique une formule combinant les années de service et l'âge pour obtenir la date de prise de la retraite. Enfin, il y a aussi celles où la date est fixée à 65 ans.

Vous parlez de retirer les éléments susceptibles de dissuader les gens de continuer à travailler, particulièrement parmi les deux premiers groupes — ceux qui peuvent prendre leur retraite très tôt s'ils travaillent 35 ans dans un service de police, dans l'armée, et cetera, ou les enseignants qui, encore une fois, peuvent prendre leur retraite relativement jeunes parce qu'ils ont travaillé le nombre d'années nécessaires selon la formule. Il ne fait aucun doute que jouer avec le régime de pension pour que la retraite devienne un choix moins attirant est la première solution qui vient à l'esprit.

Je me demande si l'on peut offrir des incitatifs aux gens pour qu'ils continuent de travailler, qu'ils commencent une formation pour un nouveau métier, utile et rentable, plutôt que de jouer avec leur régime de pension dans le but de leur faire passer l'envie de travailler.

M. Hicks : C'est ce que je veux dire quand je dis que changer l'âge d'admissibilité aux prestations de retraite peut être une solution intéressante et utile. Cela ne serait pas nécessairement mon premier choix, même s'il était fixe ou relevé.

Senator Murray: It would not be anyone's first choice.

Mr. Hicks: The Americans gave some 20 years notice, or something like that, but they are increasing the age of entitlement by a quarter of a year every year, so it is sneaking upwards. Now the pension entitlement age is age 65 and two thirds, or something like that. It is gradual. The important thing is that not many people retire at that age, so in my view, the real impact of the numbers would not be worth upsetting the explicit contract that currently exists.

If may be worthwhile, with lots of notice, to raise the age of entitlement for people in their middle years but there are many other things. What most countries have done is not bad at all. Some countries have moved in that direction, but mainly to have stronger linkages between what people contribute and what they gain as benefits later.

That change would result in far more neutral incentives. It would tend to remove the incentives for either early or late retirement. That change has another set of problems because it tends to shift more risk to the worker. None of these things can be done in isolation. Probably the biggest single thing to make retirement incentives more neutral would be to have a strong link between benefits and contributions including, for example, people working longer and receiving a pension at the same time. All sorts of combinations are possible.

Senator Murray: Wonderful things can be done with the tax system when those people who are in charge of the tax system put their minds to it, and special treatment of retirement income could provide an incentive for people to work after retirement and collect their pensions. How radical the solution is depends on how serious the problem is. I presume some people somewhere in the government have their thinking caps on and are working on possible solutions of this kind. Is that assumption correct?

Mr. Hicks: People Not only inside government are people working on it. As I indicated, the white or green paper from the Department of Finance with respect to the CPP raised a number of these issues. There were discussions around these issues. Your own Senate report of the demographic time bomb raised some of these issues. The other committee addressed these issues last year.

I want to emphasize that these things are extremely important. It is also important to understand that without any of these changes taking place, the employment rates of older people have started to rise sharply in the past seven or eight years. Without any changes, already we are seeing a sharp change in employment rates. These changes are taking place in any event as people adjust automatically. The changes are likely much larger than anything we could effect by changing the age of entitlement to a pension benefit. That does not mean it is not important to look at these things, but that natural adjustment taking place in any event in the population is real. I do not think it is understood well enough in the public debate.

Le sénateur Murray : Ce ne serait le premier choix pour personne.

M. Hicks : Les Américains ont averti leur population environ 20 années à l'avance, mais ils retardent l'âge d'admissibilité de trois mois par année, ce qui veut dire que celui-ci augmente tranquillement; il est maintenant à 65 ans et deux tiers, je crois. C'est graduel. L'important, c'est que peu de gens prennent leur retraite à cet âge. Selon moi, cela ne devrait donc pas avoir d'incidence sur la situation actuelle.

Il peut être utile, en prévenant les gens assez tôt, d'augmenter l'âge d'admissibilité pour les personnes au milieu de leur vie active, mais il y a beaucoup d'autres solutions. La plupart des pays ont fait des choix des plus intéressants. Certains ont opté pour cette voie, mais dans le but de développer une meilleure corrélation entre ce que les gens cotisent et ce qu'ils recevront plus tard.

Cette modification constituerait une incitation beaucoup plus objective; les incitatifs visant une retraite anticipée ou tardive auraient tendance à disparaître. Par contre, elle créerait une autre série de problèmes parce que les travailleurs seraient exposés à plus de risques. Rien de tout cela ne peut être fait séparément. La meilleure solution pour rendre les incitatifs à la retraite plus neutres serait probablement de créer un lien solide entre les avantages et les cotisations, ainsi que de permettre, par exemple, à des gens travaillant plus longtemps de toucher une pension en même temps. On peut faire toutes sortes de combinaisons.

Le sénateur Murray : Des choses merveilleuses peuvent être faites avec le régime fiscal lorsque ceux qui s'en occupent font les efforts nécessaires. Un traitement spécial du revenu de retraite pourrait inciter les gens à continuer de travailler après leur retraite, tout en recevant des prestations. L'importance du changement dépendra de la gravité du problème. Je suppose que des gens, quelque part au gouvernement, sont en train d'y réfléchir et d'élaborer des solutions similaires. Est-ce que je me trompe?

M. Hicks : Il n'y a pas que le gouvernement qui y travaille. Comme je l'ai mentionné, dans le livre blanc ou vert du ministère des Finances sur le RPC, on a soulevé plusieurs de ces questions, qui ont fait l'objet de discussions. Votre propre rapport sénatorial sur la bombe à retardement démographique en faisait état également. Le précédent comité s'était aussi penché sur les mêmes problèmes l'an dernier.

J'aimerais insister sur l'extrême importance de ces questions. Il est aussi important de comprendre que comme aucun de ces changements n'a été entrepris, le taux d'emploi des personnes âgées a commencé à augmenter sensiblement au cours des sept ou huit dernières années. On constate déjà une fluctuation du taux d'emploi. Ces changements ont lieu d'une façon ou d'une autre, car les gens s'ajustent automatiquement. Ils sont d'ailleurs beaucoup plus grands que ce que l'on pourrait faire en changeant l'âge d'admissibilité aux prestations de retraite. Cela ne veut pas dire qu'il est inutile de se pencher là-dessus, mais cet ajustement naturel de la population est réel. Je ne trouve pas que ce soit assez bien compris dans le débat public.

Senator Chaput: If I understand correctly, sir, you said that with regard to the aging society in Canada that Canada is good news, that there has been a natural adjustment and maybe the problem is not as big as we think. Do I understand correctly?

Mr. Hicks: I did say that, but I also said compared to almost every other OECD country, we do not seem to have a problem. I do not suggest there are no issues; there clearly are. However, compared to other countries, we are in good shape.

Senator Chaput: When we talk about retired Canadians, as we know, there are those who are fed up with their job and when they arrive at the magic number, they leave. There are also those who feel they have contributed everything they can, are ready for a change in their careers and they leave or doing something else. There are additional personal reasons why people leave their jobs, whether to travel, spend more time with their families, et cetera.

Once these people have spent a few years doing what they really want to do, many want to be part of the world again in the sense that they want to participate in society and be a part of what is happening. One place they can contribute is in the volunteer sector. As we well know, our young people have less time today than we did when we were young to take part in volunteering.

When we talk about issues that need to be fixed or how we can be proactive, can we create an incentive of some kind to ensure that retired people who want to volunteer can find something in volunteer work that will answer their needs, where they will be happy and contribute?

Some retirees do not need money, but others do. Can something be done for seniors who need a bit of money for travel expenses and that type of thing so they can continue volunteering? We see that everyday. We see many senior citizens who would like to volunteer more, but they have no transportation or they cannot afford the gas to go from point A to point B, for example.

Mr. Hicks: I want to give you a sensible answer. I hear you, and I am sure we could do that. I simply do not know that area well enough to give you an intelligent response.

I will repeat the offer. I am sure it is the kind of thing Senator LeBreton will be particularly interested in, along with the officials from my department who deal with New Horizons for Seniors and things like that. However, I will not pretend to be sufficiently wise to answer your question.

I will repeat a theme in response to a similar question from Senator Mercer earlier. It may not be only a question of building incentives to increase the amount of volunteering. A bigger worry may be that the overall amount of volunteering, with other things equal, may actually fall.

Le sénateur Chaput : Ainsi, monsieur, vous dites qu'au Canada, il n'y a pas lieu de s'inquiéter du vieillissement de la société car il y a un ajustement naturel et que le problème n'est peut-être pas aussi grave qu'on le pense. C'est bien ce qu'il faut comprendre?

M. Hicks : Oui. En outre, comme je l'ai aussi mentionné, il n'y a pas d'inquiétude à avoir quand on se compare à presque tous les autres pays de l'OCDE. Je ne nie pas l'existence de problèmes, car il y en a. Cependant, par rapport à d'autres pays, notre situation n'est pas si mauvaise.

Le sénateur Chaput : Parmi les retraités canadiens, on sait qu'il y a ceux qui en ont assez de leur travail et qui quittent leur emploi lorsqu'ils atteignent le chiffre magique. Il y a aussi ceux qui ont le sentiment d'avoir fait tout leur possible, qui sont prêts pour du changement dans leur carrière et qui partent ou se dirigent ailleurs. Il y a aussi d'autres raisons personnelles qui poussent les gens à quitter leur emploi : l'envie de voyager, de passer plus de temps avec leur famille, et cetera.

Une fois que ces personnes auront passé quelques années à faire ce dont elles avaient vraiment envie, beaucoup voudront reprendre une place dans la société pour y jouer un rôle actif. Le bénévolat compte parmi les secteurs où elles pourront apporter leur contribution. Comme nous le savons bien, aujourd'hui, les jeunes ont moins de temps à consacrer au bénévolat que nous en avions à leur âge.

Nous parlons des problèmes à régler ou des moyens d'agir de façon proactive; pouvons-nous créer un quelconque incitatif qui ferait en sorte que, pour les retraités souhaitant faire du bénévolat, ce travail réponde à leurs besoins, les rende heureux et leur permette de se sentir utiles?

Certains retraités n'ont pas de problèmes financiers, mais d'autres, oui. Peut-on faire quelque chose pour ces aînés qui ont besoin d'un peu d'argent pour payer leurs frais de déplacement et autres dépenses du genre afin de pouvoir continuer à faire du bénévolat? Tous les jours, nous voyons de nombreux citoyens âgés qui voudraient faire davantage de bénévolat, mais qui n'ont aucun moyen de transport ni ne peuvent se permettre de payer l'essence pour se rendre d'un point A à un point B, par exemple.

M. Hicks : J'aimerais vous donner une réponse sensée. Je comprends ce que vous dites, et je suis certain que c'est faisable. Seulement, je ne connais pas assez bien la question pour me prononcer de façon éclairée.

Je vous propose encore une fois d'organiser la comparution d'autres fonctionnaires que moi sur ce sujet qui, j'en suis sûr, intéressera particulièrement le sénateur LeBreton, tout autant que les fonctionnaires de mon ministère qui s'occupent de programmes comme Nouveaux Horizons pour les aînés. Je n'ai pas la prétention de m'y connaître suffisamment pour vous répondre.

Je vais reprendre ce que j'ai dit plus tôt en réponse à une question semblable du sénateur Mercer. Il ne suffit peut-être pas de créer des incitatifs pour développer le bénévolat. Ce qui est plus préoccupant encore, c'est que le nombre total de bénévoles, toutes choses égales par ailleurs, pourrait diminuer.

People volunteer less now in their middle years. If the trend also continues that people who volunteer when they are older tend to be people who have a history and experience with volunteering, we may face an even worse situation than you suggest in that the potential pool of volunteers may actually shrink as the baby boomers retire. Of course, I do not know that. It is risky to predict anything that will happen after the baby boomers start retiring after 2012.

If existing trends continue, there is not only the problem you mentioned but also the potential pool of interest may fall. That would suggest a whole series of things you might want to consider as a committee but I have no particular wisdom on the kind of financial incentives we might bring.

Senator Chaput: Could it be that, eventually, we would not talk about a pool of volunteers? Rather, the baby boomers who want a change from what they were doing previously would be considered as taking on another career.

Mr. Hicks: If I were asked to predict the future, I would guess things would follow that line.

My experience has been that those people who volunteer often volunteer because of their work attachment. Volunteer work is often closely related to the type of work they do. I am speaking about trade associations, Kiwanis clubs and that kind of thing.

My guess would be that one of the best things one could do is maintain a high level of volunteering as well as a high level of attachment to the labour force. That work does not necessarily need to be five days a week.

A world where people have some attachment to the labour force is likely to be the kind of world where people will also volunteer more. However, I do not know that, of course.

Senator Cordy: You mentioned earlier about defined benefit and defined contribution. We had that discussion in our household last night, with my daughter and my husband discussing the pros and cons of it.

Certainly, defined contribution is a benefit in the sense that you can work for as long as you wish without being penalized. On the other hand, it is certainly a risk to the worker. Workers take all the risk as to whether their contributions will make or lose money.

I worry sometimes although, as you said, there is a benefit that private companies are transferring to defined contribution because there is no risk for them and it is cheaper for them rather than looking at the benefit of the individual.

How do we make it easier for those who wish to continue working beyond the age of 55, 60 or 65 without making it a punitive measure for those who, for one reason or another, are finished working? They are the people who retire at the age of 55 after 35 years of work or longer, or those at 65 who have worked for 45 years.

Aujourd'hui, la population d'âge moyen fait moins de bénévolat. Si la tendance selon laquelle ce sont les personnes qui ont fait du bénévolat dans leur vie adulte qui continuent à en faire quand elles sont âgées se maintient, nous pourrions être confrontés à un scénario encore pire que celui que vous évoquez, car le bassin potentiel de bénévoles pourrait se réduire à mesure que les baby-boomers partiront à la retraite. Bien entendu, je n'en ai pas la certitude. Il est risqué de prédire ce qui se produira après le départ à la retraite des baby-boomers, en 2012.

Si la tendance actuelle persiste, non seulement y aura-t-il le problème que vous avez mentionné, mais l'intérêt général pourrait aussi s'étioler. Cela aurait une série de conséquences que votre comité voudra peut-être examiner. Mais j'ignore exactement quels types d'incitatifs financiers nous devrions instaurer.

Le sénateur Chaput : Est-il possible qu'éventuellement, on ne puisse plus compter sur un bassin de bénévoles? Les baby-boomers qui souhaitent un changement par rapport à leur emploi précédent pourraient songer à se lancer dans une autre carrière.

M. Hicks : Si on me demandait de prédire l'avenir, je dirais que la situation évoluera en ce sens.

D'après mon expérience, les gens font souvent du bénévolat parce qu'ils aiment leur travail. Leurs activités bénévoles sont souvent fortement reliées au type d'emploi qu'ils occupaient. Ici, je fais allusion à des associations professionnelles, aux cercles Kiwanis et autres.

J'imagine que l'une des meilleures choses serait de faire en sorte que le bénévolat continue d'être très répandu, tout en maintenant un niveau élevé d'intégration à la population active, sans qu'il s'agisse nécessairement de travail à temps plein.

Un monde où les gens participent au marché du travail est susceptible d'être aussi un monde où les gens font davantage de bénévolat. Mais, ce n'est qu'une supposition, évidemment.

Le sénateur Cordy : Plus tôt, vous avez mentionné les prestations et les cotisations déterminées. À la maison, hier soir, j'ai discuté de leurs avantages et inconvénients avec ma fille et mon mari.

Certes, les cotisations déterminées sont avantageuses parce qu'on peut travailler aussi longtemps qu'on le souhaite sans être pénalisé. D'un autre côté, elles présentent un risque pour les travailleurs, car ce sont eux qui devront décider de leur niveau.

Cela m'inquiète parfois, bien que, comme vous l'avez dit, les employeurs privés cotisent aux régimes de contributions déterminées parce que ce n'est pas risqué pour eux, en plus d'être moins coûteux que d'investir dans un régime individuel.

Comment faciliter la tâche à ceux qui souhaitent continuer à travailler après 55, 60 ou 65 ans, sans désavantager pour autant les autres qui, pour une raison ou une autre, cesseront de travailler? Il est question ici des personnes qui prennent leur retraite à 55 ans, après avoir travaillé pendant 35 ans, ou de celles qui partent à 65 ans, au terme de 45 ans de vie active.

How do we weigh these things and balance them for both groups? It is great for those who wish to continue working until age 70 or 75, but how do we prevent people who started in the workforce at age 18 or 19 and who wish to retire at the age of 65 from being penalized?

Mr. Hicks: The facetious answer is, with difficulty. That question is indeed the heart of the issue.

If one looks for one magic bullet, one will never find it. The question is one of action on a number of different fronts simultaneously. It goes back to the concern about the lack of private pension coverage, supposing private pensions are all defined contribution.

The real issue is, if one has no private pension at all, the choices of when to retire are greatly limited compared to those people who have a private pension. Therefore, there is a set of issues around private pension coverage.

I realize it is easy to say and hard to do something about, but that is why we have a Senate committee dealing with this.

The question of lifelong learning must be central. Many people who cannot work longer — and I am not talking about people with health problems but about the great majority of people who do not have health problems until much later in life — are not trained for the jobs available. They cannot continue with hard physical labour after a certain point.

The solution would be to have training in mid-career that allows them to change careers. People will not train for a new career if they think they will be forced to stop working in ten years: Why bother? It is a vicious circle of expectations.

I do not think there is any one thing that one could do. One can do a series of things in the areas of learning, pensions, private pensions and benefits. I must estimate that a lot would happen automatically. If labour shortages materialize after the baby boomers return, it will be in the employers' interest to have more flexible work. Employers will want to encourage older people to return to work; therefore, they will make the workplace more suitable for older people. That change, in turn, will bring the people in.

There is the question of education, of changing people's thinking and expectations. I can say that with a good consciousness, although it sounds like I am ignoring the problems, because Canadians are adjusting well and that is important. We are dealing with a world that will probably not require any radical blowing up of the system. People seem to be doing the right thing at the present time. It is a question of partly getting out of the way, partly changing expectations and partly looking at the real issues. There are people who are sick and disabled later in life, and we must do the right thing for those people.

Comment mesurer ces éléments et créer un équilibre pour les deux groupes? Tant mieux pour ceux qui veulent continuer à travailler jusqu'à 70 ou 75 ans, mais comment pouvons-nous éviter de pénaliser les gens qui ont commencé à travailler à 18 ou 19 ans et qui souhaitent prendre leur retraite à 65 ans?

M. Hicks : Je vous répondrai naïvement que ce n'est pas facile. Cette question est effectivement au cœur du problème.

Si on cherche une formule magique, on n'en trouvera jamais. Il faut agir simultanément sur plusieurs fronts. On en revient à la préoccupation concernant l'absence de cotisation à des régimes de retraite privés, en supposant qu'ils soient tous à cotisations déterminées.

Le vrai problème, c'est que, pour quelqu'un qui n'a pas de régime de retraite complémentaire, les choix quant au moment de partir à la retraite sont beaucoup plus limités. Par conséquent, la protection offerte par les régimes privés soulève diverses questions.

Je suis consciente qu'il est facile de parler du problème, mais difficile d'y remédier; c'est pour cette raison qu'un comité sénatorial se penche sur la question.

La question de l'apprentissage continu doit être au centre des discussions. Bien des gens qui ne peuvent plus travailler — et je ne parle pas de la minorité aux prises avec des problèmes de santé, mais de la grande majorité, qui n'en éprouvera pas avant longtemps — ne sont pas formés pour les emplois disponibles. Après un certain âge, ils ne peuvent plus effectuer de travail physique exigeant.

La solution serait de leur offrir une formation vers le milieu de leur vie professionnelle, qui leur permettrait de changer de carrière. Les gens ne suivront pas une telle formation s'ils pensent être forcés d'arrêter de travailler dans 10 ans : à quoi bon? C'est un cercle vicieux.

Il ne faut pas appliquer les mesures isolément. On pourrait prendre une série d'initiatives dans les domaines de l'éducation, des régimes de retraite, privés ou non, et des prestations. Je pense que beaucoup de choses se produiront automatiquement. Si les pénuries de main-d'œuvre se matérialisent quand les baby boomers prendront leur retraite, il sera dans l'intérêt des employeurs d'offrir des emplois plus flexibles. Ceux-ci souhaiteront encourager les aînés à reprendre du service et adapteront les emplois en conséquence. Ce changement aura pour effet de ramener les gens au travail.

Il y a aussi la question de l'éducation, du changement des mentalités et des attentes. Je peux dire cela en toute bonne conscience, même si je peux sembler ignorer les problèmes, car les Canadiens s'adaptent bien, et c'est important. Nous vivons dans un monde où il ne sera probablement pas nécessaire de modifier radicalement le système. Les gens semblent faire la bonne chose en ce moment. Il s'agit en partie de s'abstenir d'intervenir, en partie de modifier les attentes et d'évaluer les vrais problèmes. Certaines personnes deviendront malades ou handicapées plus tard dans leur vie, et nous devons nous en occuper.

That solution probably should not be age-based. In terms of health, we do not want to do something different for persons at age 65 than at age 55. Population aging does not tell you much about what you should do. The best things to do are things that make sense in any event: Do those things now and they will be there when the baby boomers retire in ten years.

Senator Cordy: A lot of people love the job they are doing but at age 60 or 65 do not want to do it full-time anymore and would like to work part-time. If a pension depends on the best five or seven years, part-time work will penalize them. Also, many people want to remain working part-time but need a pension with a part-time salary to live on. We need to look at those issues also.

Mr. Hicks: I completely agree. There is some literature on the subject and you may want to ask more expert witnesses than me to talk about the details.

Some countries had what they call partial pensions. People received a pension for two days a week and a salary for the other three days. Some of those countries dropped those schemes because they found that, to their surprise, they were an incentive to earlier retirement. It worked opposite to what they thought it would do. Other countries have reintroduced them. It is one of these things where the devil is in the detail, and they must be looked at carefully.

A number of people have claimed over the years that we should have no work barrier in our tax system. For many of us in certain positions, where it is possible, the easy answer is to quit your job and take the identical job down the street in a different pension scheme. Many of us have done that, present author speaking. They become a contractor or basically do the same thing they always did. They can step outside these pension traps.

Often the disincentive is to carry on working with your own employer, but often people tire of that employer anyway and the notion of changing things is not so bad. I am talking about people such as myself and people around this room. I am not talking about people who do not have much choice. For a lot of people, that is not a choice and that is a real issue we need to look at.

Senator Cordy: Sometimes it is easier for professionals to do consulting work than for someone who is a labourer.

How much coordination is there between the provincial and territorial governments and the federal government in terms of services for seniors?

Mr. Hicks: I will give you a one-sentence answer because it is not my field. Senator LeBreton and my other colleagues who deal with that field will be the correct persons to give you a full answer.

La solution ne devrait probablement pas reposer sur l'âge. Sur le plan sanitaire, il faut traiter de la même manière les personnes de 65 ans et celles âgées de 55 ans. Le vieillissement de la population ne nous indique pas vraiment ce qu'on devrait faire. Les meilleures mesures à prendre sont celles qui s'imposent en tout temps : adoptons-les maintenant, et elles seront là dans dix ans, quand les baby boomers prendront leur retraite.

Le sénateur Cordy : Beaucoup de gens adorent leur emploi mais, à l'âge de 60 ou 65 ans, ils ne souhaitent plus l'occuper à plein temps et préféreraient travailler à temps partiel. Si le montant de leur pension est établi en fonction de leurs cinq ou sept meilleures années de service, le travail à temps partiel les pénalisera. Par ailleurs, beaucoup de gens veulent choisir cette option, mais auraient besoin d'une pension en plus de leur salaire à temps partiel pour vivre. Nous devons aussi en tenir compte.

M. Hicks : Je suis tout à fait d'accord avec vous. Il y a des ouvrages sur le sujet, et vous voudrez peut-être interroger d'autres experts que moi pour parler des détails.

Certains pays avaient ce qu'on appelle des pensions partielles. Les gens recevaient une pension pour deux jours, et un salaire pour les trois autres jours de la semaine de travail. Mais plusieurs de ces pays ont abandonné ce type de régime parce qu'ils ont découvert, à leur grande surprise, qu'ils poussaient ainsi les gens à prendre une retraite anticipée. Cela a eu l'effet contraire à celui recherché. D'autres encore ont réintroduit ce système. C'est dans ce genre de cas que les détails comptent; on doit donc les évaluer soigneusement.

Certains ont déclaré, au fil des ans, qu'il ne devrait pas y avoir d'obstacles à l'emploi dans notre système fiscal. Pour nombre d'entre nous qui occupons un poste, lorsque c'est possible, la solution facile est de le quitter pour en accepter un autre identique, qui offre un régime de pension différent. Nous sommes nombreux à l'avoir fait, moi-même y compris. On travaillera à son compte, ou on continuera essentiellement de faire ce qu'on a toujours fait. Il est possible de se défaire du piège des pensions.

Souvent, on croit qu'il est préférable de continuer à travailler pour son employeur; mais il arrive fréquemment qu'on se lasse et qu'on se laisse séduire par le changement. Je parle de personnes comme moi et d'autres présentes dans cette salle, et non de celles qui n'ont pas vraiment le choix. Pour bien des gens, ce n'est pas une option envisageable, et c'est un réel problème dont nous devons aussi tenir compte.

Le sénateur Cordy : Parfois, il est plus facile pour les professionnels de travailler comme consultants que ça ne l'est pour les autres travailleurs.

Quel degré de coordination y a-t-il entre les provinces et territoires et le gouvernement fédéral pour ce qui est des services aux aînés?

M. Hicks : Ma réponse tiendra en une phrase, car ce n'est pas mon domaine. C'est le sénateur LeBreton et mes collègues spécialistes de la question qui pourraient vous donner une réponse complète.

My quick overview is, a lot. You asked about the framework for aging. As we speak, I believe a federal-provincial task force is looking at precisely that, asking themselves the same sets of questions that you are asking here. I understand there is an elaborate and functional network of co-operation. Some of the tensions that you see on the federal-provincial side do not seem to apply here, at least to the same extent.

Part of it may be due to the fact that the Canada Pension Plan is accepted by both orders of government except by Quebec. There are a number of reasons why that part of our world seems to operate pretty smoothly.

Senator Keon: I am interested in a dimension of seniors where I think there is wiggle room. If someone goes into a deluxe retirement home, these homes are horrendously expensive. People are there for a few years, they run out of money and the family must pick up the tab. I have a friend, for example, who owns a major chunk of a retirement home. He invested heavily in a retirement home and he says he is going there when the time comes. Maybe he will own enough to pay his way.

Out of that comes an idea. Could there be some sort of co-op for seniors? Could there be some sort of organization where seniors can buy into these places while they are young and vital enough to be the management or the labour force for the place? Then, when they are old and cannot do it, they would have at least some revenues and some interest in the place so this phenomenon would not happen; they would not run out of money quickly.

Do you have any resources that could lay out such a plan and interest people in that kind of thing?

Mr. Hicks: I will take note and get back to you. I do not know the certain answer to that. Our portfolio encompasses Canada Mortgage and Housing, CMHC. I would be surprised if the combined resources of our immediate department and CMHC could not come up with some intelligent piece on what other countries are doing or what some of the past experience is. I can undertake to come back to the committee and indicate some of the possibilities.

I know that some of the Scandinavian countries are evolved in the sense of this whole question of housing and aging. I am not familiar enough to know if it encompasses that cooperative model you are talking about, but we could look into it and report back to you.

The Chairman: Thank you again, Mr. Hicks. This session has been most enjoyable and I am glad we invited you back for further elucidation on some of your points.

The committee adjourned.

Mais d'après mes constatations, il y a beaucoup de coordination. Vous m'avez interrogé à propos d'un cadre de référence pour le vieillissement. Au moment où je vous parle, je pense qu'un groupe de travail fédéral-provincial se penche sur ce dossier particulier et se pose les mêmes questions que vous ici. À ma connaissance, un réseau de coopération élaboré et fonctionnel est en place. Certaines des tensions qu'on peut observer entre le gouvernement fédéral et les provinces ne semblent pas se manifester, du moins pas dans la même mesure.

C'est peut-être en partie dû au fait que le Régime de pensions du Canada est accepté par les deux paliers de gouvernement, à l'exception du Québec. Cela semble fonctionner assez bien pour plusieurs raisons.

Le sénateur Keon : Je m'intéresse à une chose qui pourrait donner une certaine marge de manœuvre aux aînés. Si les gens vont dans une maison de retraite luxueuse, cela leur coûtera terriblement cher. Ils y resteront quelques années, puis seront à court d'argent, et c'est leur famille qui devra payer la note. J'ai un ami, par exemple, qui détient des parts importantes dans une maison de retraite. Il y a fait des investissements considérables et dit que, le moment venu, il y habitera. Peut-être en détiendra-t-il une part suffisante pour subvenir à ses besoins.

Cela m'a donné une idée. Pourrait-il y avoir un genre de coopérative pour les aînés, une sorte d'organisation dans laquelle les gens pourraient investir, à un âge où ils seraient suffisamment jeunes et en forme pour en assurer la gestion? Plus tard, quand ils seraient trop âgés pour le faire, ils en tireraient au moins des bénéfices, et le phénomène ne se produirait plus; ils ne seraient pas à court d'argent aussi vite.

Disposez-vous des ressources qui permettraient de réaliser un tel projet et d'y intéresser les gens?

M. Hicks : J'en prends note et je vous reviens là-dessus. Je ne connais pas la réponse. Notre portefeuille englobe la Société canadienne d'hypothèques et de logement, la SCHL, et je serais surpris que les ressources combinées de notre ministère et de la SCHL ne nous permettent pas de créer un programme intelligent basé sur ce que font les autres pays ou sur des expériences passées. Je peux m'engager à revenir devant le comité pour lui parler des possibilités.

Je sais que certains pays scandinaves sont très avancés en ce qui concerne toute cette question du logement et du vieillissement. Je ne m'y connais pas assez pour pouvoir dire si on y utilise ce modèle de coopératives dont vous parlez, mais nous pourrions y regarder de plus près et vous tenir informés.

La présidente : Merci encore, monsieur Hicks. Cette séance a été hautement intéressante, et je suis contente que nous vous ayons invité à revenir pour éclaircir certains points.

La séance est levée.

Special Senate Committee on Aging First Interim Report

Embracing the Challenge of Aging

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., Chair
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair

March 2007

For more information, please contact us
by e-mail: age@sen.parl.gc.ca
by phone (613) 990-0088
toll free 1 800 267-7362
by mail: The Special Senate Committee on Aging
The Senate, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0A4

This report can be downloaded at:
www.senate-senat.ca/age.asp

Ce rapport est également disponible en français

Table of Contents

Membership	iii
Order of Reference	v
Introduction	1
PART 1: DEFINING THE ISSUES.....	5
1. The Challenge of Population Aging	5
1.1 Defining "Seniors"	7
1.2 Diversity of Seniors	10
1.3 Policy Approaches to Aging: Active Aging and Social Determinants of Health.....	13
1.4 Role of the Federal Government.....	18
1.5 Next Steps.....	20
PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE.....	21
2. Understanding Canada's Aging Population.....	21
2.1 Demographics	21
2.2 Young-Old, Middle-Old and Frail-Old	24
2.3 Gender Inequality	25
2.4 Multicultural Diversity.....	26
2.5 Regional Differences Across Canada	27
2.6 Urban / Rural Considerations.....	27
2.7 Gaps in Information	29
2.8 Questions for Further Study	30
3. Seniors at Risk.....	31
3.1 Immigrant Seniors	31
3.2 Aboriginal Seniors.....	32
3.3 Unattached Seniors.....	35
3.4 Abuse and Neglect	36
3.5 Emergency Preparedness	37
3.6 Questions for Further Study	38
4. Active Participation in Society and Economic Life	38
4.1 Promoting Active Living, Well Being and Participation.....	39

TABLE OF CONTENTS

4.2 Financial Security and Retirement	41
4.3 Volunteering	48
4.4 Lifelong Learning	50
4.5 Questions for Further Study	50
5. Health: Promotion, Prevention and Care	51
5.1 Health Promotion	54
5.2 Injury Prevention	55
5.3 Chronic Diseases	56
5.4 Medication Use	58
5.5 Mental Health, Mental Illness and Dementia	59
5.6 Palliative Care	61
5.7 Caregiving, Paid and Unpaid Caregivers	63
5.8 Long-Term Care, Continuing Care and Home Care	67
5.9 Strengthening the Gerontological / Geriatric Healthcare Workforce	71
5.10 Questions for Further Study	73
6. Housing and Transport	74
6.1 Housing	74
6.2 Home and Community Support Services	78
6.3 Assisted Living and Supportive Housing	80
6.4 Transportation	82
6.5 Questions for Further Study	83
7. Intergovernmental and Federal Interdepartmental Cooperation and Coordination	84
7.1 Federal Programs and Services for Seniors	85
7.2 Population Groups Under Federal Jurisdiction	89
7.3 Interdepartmental Collaboration	89
7.4 Federal / Provincial / Territorial Co-operation	90
7.5 Impact of Internal Migration on Population Aging	91
7.6 Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002	91
7.7 Questions for Further Study	93
Witness List	95

Membership

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., Chair
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair

And

The Honourable Senators:
Maria Chaput
Jane Cordy
Terry M. Mercer
Lowell Murray, P.C.

Ex-officio members of the committee:

The Honourable Céline Hervieux-Payette, P.C., (or Claudette Tardif)
and Marjory LeBreton, P.C., (or Gérald Comeau)

In addition, the honourable Senator Janis G. Johnson also participated in this special study.

Staff from the Parliamentary Research Branch of the Library of
Parliament:

Julie Cool, Analyst
Michael Toye, Analyst
Howard Chodos, Analyst

Monique Régimbald
Administrative Assistant

François Michaud
Clerk of the Committee

Order of Reference

Extract from the Journals of the Senate of Tuesday, November 7, 2006:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Bryden:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the implications of an aging society in Canada;

That, notwithstanding rule 85(1)(b), the Committee comprise seven members, namely the Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Johnson, Keon, Mercer, and Murray, P.C., and that three members constitute a quorum;

That the Committee examine the issue of aging in our society in relation to, but not limited to:

- promoting active living and well being;
- housing and transportation needs;
- financial security and retirement;
- abuse and neglect;
- health promotion and prevention; and
- health care needs, including chronic diseases, medication use, mental health, palliative care, home care and caregiving;

That the Committee review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages;

That the Committee review strategies on aging implemented in other countries;

That the Committee review Canada's role and obligations in light of the 2002 Madrid International Plan of Action on Aging;

That the Committee consider the appropriate role of the federal government in helping Canadians age well;

That the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print

ORDER OF REFERENCE

such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada;

That the Committee be authorized to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That, pursuant to rule 95(3)(a), the Committee be authorized to meet during periods that the Senate stands adjourned for a period exceeding one week;

That the Order of Reference to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology concerning the aging of the population, adopted by the Senate on June 28, 2006, be withdrawn; and

That the Committee present its final report to the Senate no later than December 31, 2007, and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of its Final Report until March 31, 2008.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

Introduction

"We have a choice as a society: Either to buy into the myths that seniors will drain the health and pension systems, for example, or to take advantage of the reality that seniors can contribute to society."¹

Predictions of an "age quake" have gripped the collective consciousness, warning of an impending inability to maintain current levels of public support to health and income. The Committee has heard evidence to the contrary, however. While the retirement of the baby boom generation is likely to have important consequences for the labour market, this will not necessarily lead to a reduction in the standard of living. Several witnesses reassured the Committee that the "sustainability of government programs is not really in doubt."²

The Committee views population aging as a success story and seniors as a rich and vibrant part of our country. As we increasingly draw on seniors to meet labour force requirements strained by decades of low fertility, our society has new motivation to value seniors as contributing members of society, and not as burdens to be problematized. At the same time, it is necessary to provide the services and supports which will allow seniors to live with dignity.

The Committee highlights that all generations stand to benefit from effectively addressing seniors issues. The Committee has been cautioned against viewing the experiences of disability, illness and death which are so commonly associated with aging as "seniors' issues". The Committee recognizes that the final years of life present a myriad of challenges to individuals, their families, and the health and social systems – however this is the case whether those final years occur in youth, in the middle years, or in the senior years. Thus, while issues such as end-of-life care, home care and accessible transportation are explored in this study, and while successfully

¹ Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty-Plus, Evidence, December 11, 2006.

² Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

INTRODUCTION

addressing these issues will have important repercussions for seniors, the Committee points out that progress in addressing these complex issues has the potential to benefit Canadians of all ages. As one witness said, "... healthy aging does not start at 65; it starts the day that one is born. The chronic condition does not start when one turns 65. It has its roots in the 30s and 40s."³

The mandate conferred upon the Special Senate Committee on Aging by the Senate of Canada requires that the Committee address a wide range of complex issues, ranging from financial security and retirement to chronic diseases and palliative care, to determine if we are providing the right programs and services at the right time to the individuals who need them. By examining these issues through a public health lens, the Committee is to review public programs and services for seniors, identify the gaps that exist in meeting their needs, and examine the implications for service delivery in the future.

The Committee has adopted a dual approach to this study - on the one hand, challenging the assumptions we have of seniors and aging and exploring alternate ways of organizing society to better meet the aspirations of all; on the other hand, examining how public policies can and should support the ability of all seniors to live in dignity. In carrying out its study, the Committee is mindful of the federal role in helping Canadians age well. It intends to draw on international experiences with population aging and review Canada's role on the international scene.

To fulfill its mandate, the Committee opted to divide its study into two phases: a brief overview of key issues to identify key questions, followed by a more thorough second phase to explore those questions in greater depth. The Committee began Phase One of its study on aging by holding five panels with leading experts, seniors organizations and representatives of relevant federal government departments and agencies. These panels served to open the doors to new questions, new ways of looking at things, and to challenging some of the commonly held beliefs about aging.

³ Sandra Hirst, Canadian Association of Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

This interim report marks the end of Phase One of the committee's study. Part 1 of this report identifies four broad themes to guide the Committee's work during Phase Two. This section of the report poses a series of questions along the themes of defining seniors, the diversity of seniors and their needs, defining a policy approach and determining the role of the federal government. An examination of these key questions will inform a review of public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages.

Part 2 of this report provides a summary of evidence the Committee has heard up to December 2006 on the demographic profile of seniors in Canada today and highlights how that picture is likely to change in the future. It raises questions about the diversity within the aging population and how that affects the needs of the population. Finally, it identifies key issues which were consistently discussed by witnesses in Phase One: active participation of seniors in society and the economic life of their communities, healthy aging, and the range of support services to more fragile seniors.

The Committee views the aging population as an opportunity – an opportunity to rethink how we balance work, family, and leisure throughout the life-course and an opportunity to re-examine the way we view and value the experiences of seniors. We have before us a great challenge, but one filled with possibility.

Part 1: Defining the Issues

1. The Challenge of Population Aging

Under its terms of reference, the Committee is to review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages. The Committee has begun to hear, however, that some of the gaps that exist in meeting the needs of today's seniors may be emerging as a result of outdated assumptions which are less relevant to today's seniors. Witnesses reminded the Committee that aging is not a process which is the exclusive domain of the 65+ group, but is a lifelong process. As such, they invited the Committee to adopt a holistic approach to aging which explores experiences and well-being throughout the life-course.

The Committee has adopted a dual approach to this study - on the one hand, challenging the assumptions we have of seniors and aging and exploring alternate ways of organizing society to better meet the aspirations of all; and on the other hand, examining how public policies can and should support the ability of all seniors to live in dignity. In carrying out its study, the Committee is mindful of the federal role in helping Canadians age well. As part of its review, the Committee intends to draw on international experiences with population aging.

The social and economic consequences of population aging have loomed over policy debates for the past decade. In part, this was fuelled by discussions of the affordability of pension systems in other countries. Some commentators have predicted fiscal pressures emerging from the increased need for health and social services for the elderly and a shrinking labour pool resulting from the retirement of the baby-boom generation. The main concern with an aging population has been that there may not be a sufficiently large working-

Embracing the Challenge of Aging

PART 1: DEFINING THE ISSUES

age population to support "dependents," including children and seniors. Proposed solutions to deal with this imbalance affect all segments of the Canadian population, not only seniors. Solutions range from policies to increase the fertility rate, to strategies for increasing labour force productivity, and efforts to avoid labour force shortages through immigration.

The majority of witnesses appearing before the Committee in Phase One of the Committee's study, have argued that the sustainability of the public pension system and the health system are not in jeopardy in Canada, and that the labour force implications of population aging can be mitigated by increases in productivity. The testimony of Professor Byron Spencer is representative of the testimony the Committee heard on this question:

"Government programs will remain manageable, at least in response to population aging. ... The popular view is that increases in health care costs, which everybody thinks are obviously attributable to population aging, will break the bank – and, in particular, break government budgets – and things will be quite unmanageable. I think this simply is not true. It is not true of public pension programs, income security programs, and it is not true of health care programs."⁴

To this end, the Committee has heard that "Canada has a much lesser concern with population aging than most already prosperous countries."⁵

But that is not the end of the story. The population is not aging at the same rate across the country. Not all older Canadians have the same access to goods and services or the same choices available to them regarding their care, housing, and ability to participate as active members of society. The life expectancy for our aboriginal peoples is substantially below that of non-aboriginal peoples. Urban and rural areas face different challenges in supporting senior populations as the decreasing and aging population in rural areas presents difficulties in

⁴ Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

⁵ *Ibid.*

maintaining services. Some segments of the senior population such as single seniors, immigrants, and the very frail face particular challenges.

The challenge for the Committee is to determine if we are delivering the right programs and services to the right individuals at the right time. As it begins the next stage of its study, the Committee will explore the following four themes: defining seniors; the diversity of seniors and their needs; determining the policy approach; and the role of the federal government. An examination of the key questions under each of these themes will then inform a review of public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages.

1.1 Defining "Seniors"

"It is obvious to everyone who was around in 1951 that a 65-year-old at that time is not the same as a 65-year-old in 2006. They are different people. They are, on average, much healthier nowadays and certainly have many more years of good health ahead of them. I think it makes sense to change the definition — what we deem to be, for legal purposes and for age of eligibility for full benefits under social security and so on — in a systematic way as life expectancy increases, assuming life expectancy continues to increase as we may reasonably expect."⁶

Seniors are widely understood in Canada to be persons over the age of 65 – but why this age? How well does this definition serve seniors? This question was the source of much discussion by witnesses appearing before the Committee.

The age of 65 has special significance for public policies relating to aging in Canada because it represents the current age of eligibility for

⁶ *Ibid.*

Embracing the Challenge of Aging

PART 1: DEFINING THE ISSUES

national income security programs⁷ and, in jurisdictions which still allow mandatory retirement, it remains the age beyond which employees are no longer protected against discrimination based on age.

On the one hand, the use of age criteria for eligibility purposes provides policymakers with a transparent and seemingly objective standard.⁸ Entitlement to public pensions has resulted in significantly lower rates of poverty for people in the 65+ age bracket than for those in other age brackets. On the other hand, the age threshold has been criticized for lending itself to negative stereotypes which have "sanctioned the retirement of elderly citizens from social and economic activity."⁹

The Committee has heard that the use of the chronological age of 65 by demographers and administrators of public pensions reflects a societal choice made within an historical context. In Canada, as in most industrialized societies during the postwar period, the establishment of the welfare state included a range of social programs to improve the living conditions of the elderly. Governments in industrialized nations established an age of retirement, and an age of entitlement to old age benefits, "thus engendering an administrative approach based on a formal association between entry into old age and this chronologically fixed age."¹⁰

Age-related entitlements for seniors date to the late 1800s in Germany, when German Chancellor Otto von Bismarck established 70 as the age when benefits could begin. As the Committee heard, very few people lived long enough to receive benefits at that time. While the age of eligibility had been reduced to 65 in the United Kingdom

⁷ The age of eligibility for the Old Age Security pension and the Guaranteed Income Supplement is 65. Under the OAS program, a surviving spouse or common-law partner between 60 and 64 years of age who meets the income threshold is eligible for the Allowance for the Survivor.

⁸ Breda, Jef and David Schoenmaekers, "Age: a dubious criterion in legislation", *Ageing and Society*. (2006), 26: 529-547.

⁹ Ulysse, Pierre-Joseph for the Division of Aging and Seniors, Health Canada, *Population Aging: An Overview of the Past Thirty Years: Review of the Literature*. 1997.

¹⁰ *Ibid.*, p.i.

and in Continental Europe by the 1920s, the setting of the age of eligibility for benefits in the United States at age 65 took place in the 1930s at a time when unemployment was rampant and jobs needed to be liberated for the next generation.

Until the late 1960s, the age of eligibility for Old Age Security (OAS) in Canada was set at 70. Canadians nearing retirement in the 1960s had lived through the Great Depression of the 1930s and the war years of the 1940s and had limited opportunity to save for their retirement. Faced with high levels of poverty among seniors, the Canada Pension Plan (CPP) was established in 1966 to provide working Canadians and their families with income for retirement. The age of eligibility for CPP, initially set at age 68, was gradually reduced to age 65 by 1970. The age of eligibility for OAS was also gradually lowered to 65 from 70 between 1966 and 1970.¹¹

The age 65 was also set as an age at which employment could be terminated based on age, through mandatory retirement policies. Gradually, these policies have been challenged and found to be discriminatory under human rights legislation in several jurisdictions. Moving away from clearly defined age-based retirement criteria raises a number of complex challenges, however, such as determining the ongoing competency of senior workers.

While the age of 65 has been retained in Canada, the Committee heard that there are international variations in the definition of old age:

"The U.S... has redefined the age of eligibility for full benefits under its social security system to increase up to age 67 over a period of some years. That change is under way; it is happening bit by bit. As it does, in effect, they are redefining "old." In Sweden, the age of eligibility for socially provided pension

¹¹ *An Information Paper for Consultations on the Canada Pension Plan.* Released by the Federal, Provincial and Territorial Governments of Canada, 1996. www.fin.gc.ca/cpp/maindoc/cppe.pdf

benefits is also indexed to increases in longevity, so it is increasing.”¹²

The evolution of the age of eligibility for seniors’ benefits demonstrates that this age reflects a societal choice, made within a socio-economic context. The Committee has been urged to consider the potentially ageist impacts of continuing to depend on an age-based (as opposed to based on ability, health status, etc.) definition of benefits for seniors and to consider whether the set of assumptions upon which the choice of age 65 was established as the age of eligibility need to be revisited in light of the current socio-economic context and the health and well-being of seniors today. Statistically,

“In 1971, in Canada, 8 per cent of the population was 65 and over...Today, 8 per cent of people at the top of the age pyramid, made up of people who are in their last period of life, are 81 years old. This gives you an idea of the incredible progress that has been made as far as mortality is concerned.”¹³

The Committee will examine whether the age thresholds set in the 1960s still reflect the economic and social realities of old age today. At the same time, it is mindful that the move from age-based criteria will entail complex policy decisions, such as evaluating job-related competencies. The Committee will inquire further into questions such as:

- Should age define eligibility for access to programs?
- Does the current definition of seniors as those over the age of 65 still serve seniors, employers, and the rest of society?
- Is it consistent and valid that policies discriminate based on age?

1.2 Diversity of Seniors

“Seniors are not a monolithic group of poor, frail, sick or dependent persons. The 65-plus group

¹² Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

¹³ Laurent Martel, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

presents considerable diversity in terms of life experiences, economic status, health status and resources for independent living.”¹⁴

People over 65 are not a homogenous group. The experiences of people in their senior years vary with available resources, quality of health, and degree of integration into social and family networks. The senior years are experienced differently by different segments of the population, based on age category, urban/rural residence, and gender, as well as culture and race. It has been suggested that basing programs and policies on age criteria can inadvertently lead to ageism, whereby the variation among seniors is dominated by assumptions about the homogeneous nature of their age group.

With recent gains in life expectancy, an increasing number of Canadians are living longer and are in better physical and mental health. Witnesses have pointed out the importance of recognizing the differences between different age groups of seniors:

“The difference between a 65-year-old and a 90-year-old is 25 years. There is a difference between someone who is 25 and someone who is 50. Why put those two people together in the same category? Their needs are very different, and we need to think differently about those groups.”¹⁵

Douglas Durst also noted that literature on seniors often refers to three broad age categories that should be distinguished: the "young old" who are healthy, fit and reasonably affluent; the "middle old" who are starting to slow down and have less money and resources; and the "frail old" who are very elderly and have special social and physical needs. While these age brackets may vary as a result of a myriad of factors intervening over an individual's life course, the recognition of the different stages of life with their corresponding levels of capability and needs can serve as a useful lens when considering persons over the age of 65.

¹⁴ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

¹⁵ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

Embracing the Challenge of Aging

PART 1: DEFINING THE ISSUES

Seniors living in rural and urban settings have different needs. For example, transportation and housing options are often different for those in a rural setting than for those in an urban setting. As well, the effect of aging on the labour force and on health care may vary due to regional disparities in the pattern of aging of the population.

The Committee has heard disturbing evidence that Aboriginal Canadians have significantly lower life expectancy than their non-aboriginal counterparts. A couple of authors have suggested, "when thinking about Aboriginal First Nations seniors and aging, to think about 55 as being equivalent to 65 and that we ought to be looking at providing services and programs for a younger chronologically aged group for seniors due to the health and social conditions, diabetes, and so on."¹⁶ The needs of our aboriginal population vary from that of the non-aboriginal population.

The implications of population aging are difficult to predict, in part because different groups of seniors have distinct life experiences, levels of well-being, and expectations. Thus, while it is clear that there will be proportionately more seniors in the next few decades, policy-makers are challenged by anticipating the potentially different needs and desires of future individuals who are 65+. This places increased importance on the need to periodically examine the validity of some of the assumptions which currently underlie seniors programs and policies in Canada.

Given the above, the Committee will want to examine whether the programs and services offered to seniors reflect the needs of a diverse population. Specific questions that bear deeper examination might include:

- Do current federal programs address the diverse needs, circumstances, and aspirations of the senior population?
- Do they reflect the different realities between genders?
- Do they reflect different kinds of employment patterns (eg. time out of paid employment for caregiving or education) and occupational groups (e.g. administrative or trades)?

¹⁶ *Ibid.*

- Do they reflect regional disparities and different patterns of aging in various areas of the country, and do F/P/T financing arrangements reflect these disparities?
- Is age 65 a realistic age of eligibility for Aboriginal seniors and other vulnerable Canadians to access programs?

1.3 Policy Approaches to Aging: Active Aging and Social Determinants of Health

"There can be a tension between a policy agenda centring on aging and an agenda centring around seniors. They are not the same thing."¹⁷

"Active ageing¹⁸ applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security, and care when they require assistance."¹⁹

"Healthy aging depends on a variety of influences or determinants that surround individuals, families, and nations. At times we talk about older persons as a separate cohort. Older persons, like all of us here aging today, are part of a community. Understanding the evidence behind these determinants; the economic, health and social services, behavioural, social, personal and physical, helps us to design policies and programs."²⁰

¹⁷ Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

¹⁸ The United Nations uses the spelling "Ageing".

¹⁹ United Nations – World Health Organization, *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002.

²⁰ Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

Embracing the Challenge of Aging

PART 1: DEFINING THE ISSUES

Witnesses before the Committee have made a distinction between addressing population aging and a seniors' agenda. For example, the proposed solutions to address population aging, such as policies to increase labour force productivity or to increase the birth rate – are initiatives which are distinct from those which might appear in a seniors' agenda.

The "life-course approach" or "active aging" models used by federal government departments and international organizations such as the OECD, are examples of an integrated perspective on aging. A life-course approach to aging considers important life transitions such as education, family formation, and retirement in order to find policies that facilitate these transitions through programs such as parental leave, life-long learning, and phased retirement. The World Health Organization has adopted the term "active aging" to describe the process of optimizing opportunities for health, participation, and security in order to enhance quality of life as people age.²¹ Promoting active aging requires an understanding of what different groups of seniors want and facilitating the roles they choose to play in paid employment, volunteering, caregiving, and leisure. Opportunities to remain physically and mentally active are instrumental to the well-being of senior Canadians, whether in recreational activities, life-long learning, or volunteering.

Jane Barratt of the International Federation on Ageing emphasized the importance of this approach in her testimony before the Committee:

"After canvassing the aging policies and programs for many different countries not unlike Canada and reflecting on the work of our NGO members who represent 50 million older people in the world, I ask myself the question: What is the single-most broad policy intervention that could in some way impact on each of these substantive issues? The answer is "healthy aging." My caveat to this term is that aging -- that is, growing old -- is not a health issue,

²¹ United Nations – World Health Organization, *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002.

nor should we see it as a health issue in the future, but rather part of the life-course approach. I have a belief that aging starts at birth and throughout the life- course we experience changes in our life, and at times we need specialist services and care."²²

Consideration of the distribution of work throughout the life-course is not new. The 1966 report of the Special Senate Committee on Aging phrased the challenge this way:

"How do we propose to share the leisure the new technology puts at our disposal? Should we give it mainly to the old by reducing the age of retirement in circumstances where the life span is lengthening, and to the unemployed who are squeezed out of the labour market? Or, would a more constructive policy be to distribute it among people of all ages through a shorter work week and longer vacations, with sabbatical leaves to workers throughout their careers for the purpose of continuing education and re-training?"²³

The 1966 Senate Committee concluded that it "would strongly support the second of these alternatives, or at any rate, such a mixture of the two as would permit workers at the point of retirement an effective choice between remaining in or withdrawing from the labour market."²⁴

In his presentation to the Committee, Peter Hicks warned that "unless one is careful, aging might quite unintentionally lead to ageist thinking, as opposed, for example, to a policy framed under a broader life-course agenda."²⁵ Expectations of imminent retirement for older workers allow those workers, and their employers, to take a short-term view towards decisions about retraining and job or career

²² Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

²³ Special Senate Committee on Aging, *Final Report*, 1966. p. 27.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

changes. The Committee has heard that, even in jurisdictions where mandatory retirement has ended, older workers still face the challenges of ageist employers who discriminate against those who are as young as 45 when it comes to hiring practices.²⁶ Several witnesses also told the Committee that seniors face significant financial disincentives to continue working. Some witnesses suggested the need for changes to programs such as the Guaranteed Income Supplement and the CPP/QPP, and called for an examination of the portability of pensions.

The Committee heard that such incremental change may not be sufficient, however, proposing further that "we should be looking at the whole system in a holistic and integrated perspective."²⁷ The adoption of a life-course approach as a policy framework will require both adjustments to current programs and a fundamental shift in how society recognizes and supports a wide variety of life-course choices, including the choice to work beyond the age of 65.

The Committee has heard that the health of seniors is intricately linked to experiences throughout their lives. Several witnesses reminded the Committee that aging is a life-long process and that health in the senior years hinges on supportive environments throughout life as well as during the senior phase of life. Inequalities throughout life lead to significantly different health outcomes in the senior years. For example, the Committee heard that understanding the social determinants of health was key to understanding the significant gaps in health and life expectancy between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. In its presentation, the National Aboriginal Health Organization noted that "Inuit, Métis, and First Nations communities continue to face critical housing shortages, high rates of unemployment, lack of access to basic health services, and low levels of education attainment, all of which affect both life expectancy and quality of life in senior years."²⁸ The Committee also heard that "the

²⁶ Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty-Plus, Evidence, December 11, 2006.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

major risk factors for poor health are low income, especially for many single older women, low education and literacy, and social isolation."²⁹

Given the above, the Committee will examine the challenge of moving toward a policy framework which could more adequately spread productive work over the full course of life and "give older Canadians the opportunities to be active, creative and thriving participants in society"³⁰. Furthermore, the Committee will want to examine the determinants of health over the life-course which contribute to seniors' health or to situations of risk for seniors. Specifically, the Committee will want to examine the following questions:

- What are the public policy implications of moving toward an active aging/life-course approach to aging? Which programs at the federal level would be affected, and how? Have any countries moved towards adopting such an approach?
- What are the costs and benefits of a life-course approach to Canadian society and to diverse groups of seniors? Would there be financial costs or savings or would moving to such an approach be revenue-neutral?
- How might current programs and policies for those over 65, such as CPP/QPP, OAS and GIS, be affected in a move towards an active aging agenda? If there are changes to eligibility, how could these changes be managed in such a way as to minimize the negative impacts on people who are counting on the availability of these programs?
- What are the most critical determinants affecting the participation, health, well-being, and risks of seniors? Which health determinants are most influential in improving health and ensuring that seniors live full lives?

²⁹ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

³⁰ Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

- How might programs and policies for those over age 65 be affected by intervening on these health determinants?³¹

1.4 Role of the Federal Government

"If governments are going to listen to this portion of the population, what better way than having a minister involved and dedicated strictly to seniors? This will have to become practice very soon. In the previous federal government, as in the current one, there were two or three ministers. It seems that everyone wants a piece of the pie, but there is no cohesiveness. If there is a ministry strictly for seniors, that will be very good for the senior population."³²

The responsibilities for programs and services for seniors rest at the federal, provincial/territorial, and municipal levels. Several departments are responsible for various issues and must work together at the federal/provincial/territorial level to address seniors' issues for all Canadians. At the federal level, although Human Resources and Social Development Canada has overall responsibility for seniors, several departments administer programs aimed directly at seniors. As one witness told the Committee, "Seniors and aging are broad horizontal issues and they are a fundamental part of the federal agenda."³³ The Committee heard from a number of witnesses who expressed a desire for a federal minister for seniors; however, the Committee was cautioned that such an approach has had varying results internationally, largely dependant on the mandate of the Minister. The Committee notes that a federal Secretary of State for

³¹ These questions were identified in the following publication: Health Canada, *Toward Healthy-Aging Communities: A Population Health Approach. Report Prepared for the Division of Aging and Seniors*, by Linda MacLeod and Associates, 1997.

³² Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

³³ Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

Seniors was appointed in January 2007, and applauds the government for recognizing the importance of addressing the needs of the elderly.

The current multi-departmental, multi-jurisdictional responsibility for programs and services related to seniors can result in confusion for seniors attempting to gain information and access to services. Witnesses noted the challenges in providing seniors with easily accessible information on a wide variety of services. Witnesses also noted the difficulty in updating and coordinating one-stop information centres for seniors given the complexity of the system.

Given the above, the Committee will want to examine the role of the federal government in providing programs and services to our aging population. Specifically, the Committee will examine the following questions:

- Should there be a federal Minister for Seniors with a full mandate and with the resources to establish and direct a core basket of services?
- How does the Social Union Framework Agreement impact the potential role for the federal government in this area?
- Timely, accurate and accessible information on programs and services is essential. Does the federal government deliver information to seniors in ways which meet their diverse needs?
- Are national standards in areas such as home care and long-term care necessary? Are they compatible with the role of the federal government?
- Do Canadians expect the federal government to play a leadership role in developing programs which meet the needs of the senior population?

1.5 Next Steps

"Population aging is inevitable. Contrary to popular views, it is not reversible. It cannot be reversed; population aging is inevitable."³⁴

The mandate of the Committee is a very ambitious one. It is fair to say that the Committee terminated Phase One of its study with many more questions than answers. Each of the policy questions addressed above can open the door to significant inquiry and lead to recommendations on incremental changes which could benefit seniors. It is important to note that even though the Committee might choose to focus its Phase Two hearings along the four themes outlined above, nothing will prevent the Committee from making recommendations with a view to improving the well-being of senior Canadians in specific policy areas or concerning specific programs.

As it moves towards Phase Two of its work, the Committee is well placed to take a step back, consider alternatives to the traditional thinking about aging and seniors, and explore whether the aging of the baby-boom generation presents an opportunity for a paradigm shift in regards to seniors and aging. Whether a crisis or a challenge, the aging of the population deserves serious study.

³⁴ Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

Part 2: Phase I Summary of Evidence

2. Understanding Canada's Aging Population

2.1 Demographics

Population aging refers to the increasing average age in a society and is characterized by the emergence of a greater proportion of older persons in the overall population. Demographic changes – including population aging – are determined by the domestic fertility (birth) rate, domestic mortality (death) rate, and the nature and rate of immigration.

Beginning in the late 19th century and continuing throughout most of the 20th century, life expectancy in developed countries has generally increased continuously while fertility rates have declined. With the exception of increased fertility rates during the post-World War II baby boom, these trends have been reflected in Canada's population growth and demography. "A level of 2.1 children is required to ensure population replacement, a level that has not been experienced in Canada since 1971."³⁵ While the fertility rate of Aboriginal Canadians is considerably higher than non-Aboriginals, "they account for only 3 per cent of the total population and contribute to about 7 per cent of the overall natural demographic population increase."³⁶

Statistics Canada's most recent population projections indicate that Canada's population will continue to grow, but the rate of growth will decrease over time. The population of Canada is projected to increase from 32.3 million in 2005 to approximately 39 million in 2031, and 42.5 million in 2056.³⁷ "Canada's rate of natural increase is projected

³⁵ Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ The most recent study, *Population Projections for Canada, Provinces and Territories, 2005-2031*, was published in 2005 and provides population projections for Canada for 2006-2056. Unless otherwise stated, all figures are for the medium-growth scenario, which generally assumes the

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

to become negative between 2025 and 2030 if the country's level of fertility remains at its current low level of 1.5 children per woman,"³⁸ after which immigration will sustain declining levels of population growth. International migration is already Canada's main source of population increase: "Since 2000, over two thirds of population growth has been due to international migration."³⁹ Although it is at historic lows, Canada's population growth rate "remains significantly higher than Japan or Western Europe."⁴⁰ In fact, the Committee has heard that "by international standards Canada has a much lesser concern with population aging than most already prosperous countries."⁴¹

The declining fertility rate and increased life expectancy are also leading to an increasing proportion of elderly among the Canadian population.

"The proportion of persons age 65 or over was 8 per cent in 1971. It is 13 per cent today. When the first cohort of baby boomers reaches the age of 65 or over in 2011, another significant change will occur as the proportion of elderly among the total Canadian population will begin to increase more rapidly. It is projected that by 2031, about one in four Canadians will be 65 years of age or over. Canada's population is aging fast. ... The proportion of oldest seniors, those 80 years or over, would also increase sharply. By 2056, an estimated 1 out of 10 Canadians will be 80 years or over, compared with about 1 in 30 today."⁴²

One of the implications of an increase in the proportion of elderly among the population is a rise in the dependency ratio, which is defined as the proportion of children (aged 0-14 years) and elderly

continuation of current demographic trends (e.g., birth rates, life expectancy and immigration).

³⁸ Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

³⁹ *Ibid.*

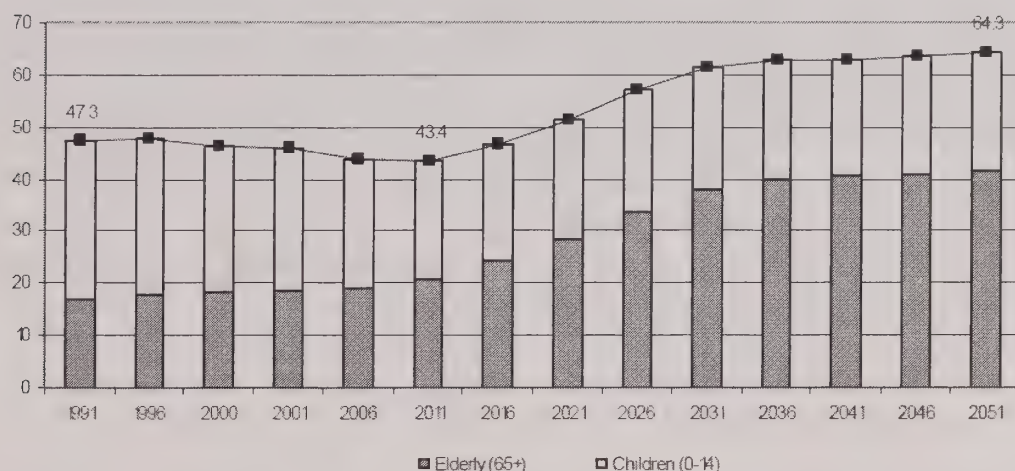
⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

⁴² Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

(aged 65 years and older) relative to the total working-age population (aged 15-64 years). As Figure 2-1 indicates, the dependency ratio is expected to increase significantly between 2011 and 2051, as the first baby boomers reach retirement age and as the smaller cohorts born after the baby boom generation reach their prime working years. The composition of "dependents" is also expected to change: "Regardless of the projection scenario, by 2015 seniors aged 65 or over will become more numerous than children under 15. This would be an unprecedented situation in Canada."⁴³

Figure 2-1: Dependency Ratio in Canada, 1991-2051



Source: Statistics Canada, Population Projections for Canada, Provinces and Territories, 2000-2026, March 2001, Table 21, p. 77.⁴⁴

The overall national trends of an aging population mask significant differences across population subgroups and regions. Witnesses reminded the Committee that, "Seniors are not a monolithic group of poor, frail, sick or dependent persons. The 65-plus group presents considerable diversity in terms of life experiences, economic status, health status and resources for independent living."⁴⁵ A striking

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ The dependency ratio expresses the number of people of "dependent age" per 100 persons of "working age." Beginning in 2001, all figures are projections.

⁴⁵ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

example is the difference in life expectancy at birth among Registered Indians, Inuit-inhabited regions and the overall Canadian population:

Figure 2-2: Life Expectancy (years) for Canada (2001), Registered Indians (2001) and Inuit-inhabited regions (1999-2002)

	Canada	Registered Indians	Inuit Regions
Males	77	70	65
Females	81	76	70

Source: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch Fact Sheet, November 16, 2006

Like the broader Canadian population, the growing segment of the elderly population represents tremendous diversity in terms of age, gender, ethnocultural background, regional differences and in the settings – urban or rural – in which they live. Witnesses also pointed out that the aging of the population does not occur evenly across Canada, in part due to migration within the country. The regional imbalance in aging has important implications for labour market planning and the distribution of aging-related costs.

2.2 Young-Old, Middle-Old and Frail-Old

With recent gains in life expectancy, an increasing number of Canadians are living longer and are in better physical and mental health. "A male 65 today has [a] life expectancy of almost 18 more years; a female 65 today has a life expectancy of 21 more years."⁴⁶ Witnesses have pointed out the importance of recognizing the differences between different age groups of seniors:

"The difference between a 65-year-old and a 90-year-old is 25 years. There is a difference between someone who is 25 and someone who is 50. Why put those two people together in the same category? Their needs are very different, and we need to think differently about those groups."⁴⁷

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

Douglas Durst also noted that literature on seniors often refers to the need to distinguish three broad age categories:

"First, are those from 65-75 years -- the young old -- who are healthy, fit and reasonably affluent. They want to travel and do things and are still in a creative and productive period of their lives. Second, are those from 75-85 years of age -- the middle old -- who are starting to slow down and are more interested in tending to their gardens and spending time with grandchildren. They have some money and resources but are beginning to watch how they spend and they are less interested in travel and making major purchases. Third, are those 85 years of age and over into their 90s -- the frail old -- who have special social and physical needs."⁴⁸

2.3 Gender Inequality

Through the 1980s and 1990s, the rate of low income among Canada's seniors declined appreciably (see section 6 for a more detailed discussion of income security). Despite these improvements, a significant gap remains between female and male seniors. Whether they are in one-person households or primary earners in two-person households, senior women are more likely to experience low-income status than their male counterparts.

The National Advisory Committee on Aging identified senior women, especially unattached senior women, as being at particular risk. Older women tend to have lower incomes due to a combination of lower participation rates in the paid labour force, and lower wages in paid employment. In 2005, about one in five senior women had never worked outside of the home. Because women live longer, they are also at greater risk of running out of savings over their lifetime.⁴⁹

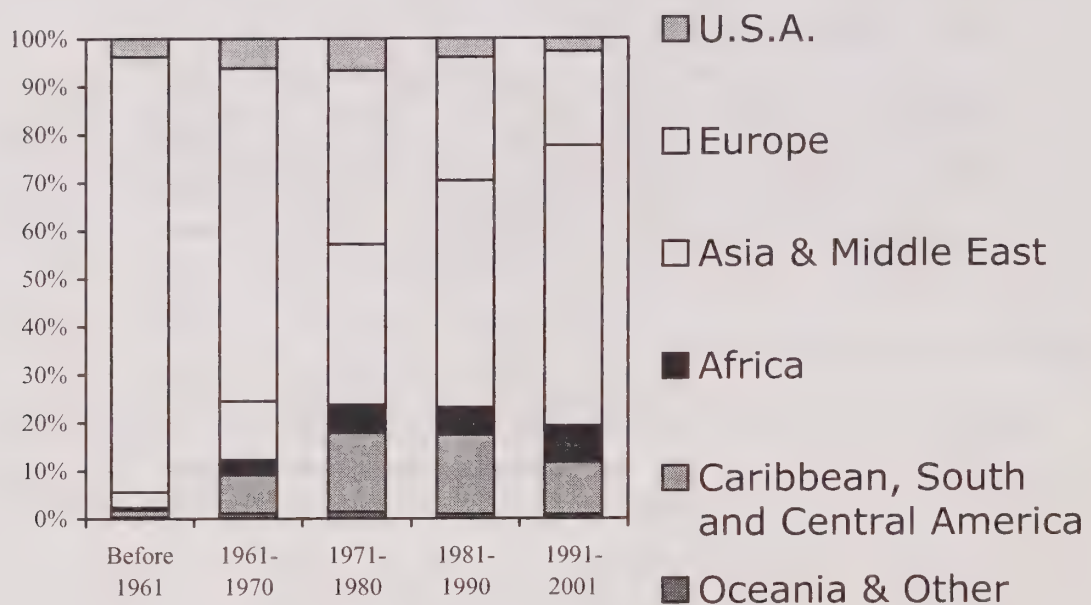
⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

2.4 Multicultural Diversity

The increasing importance of immigration to Canada's population growth is a significant factor that is already influencing the composition of the senior population. The graph below illustrates the shifts in the countries of origin of immigrants to Canada through the second half of the 20th century.

Figure 2-3: Origin of Immigrants to Canada, 1961-2001⁵⁰



This trend is generating rapid changes in Canada's population: between 1996 and 2001, the total population grew by 4%, while the visible minority population rose by 25%. The impacts are already being seen in Canada's senior population.

"In the past 25 years, there has been a dramatic change in the senior population among immigrants. Of all seniors... close to 20 per cent, are from Europe. However, the immigrant patterns from Asia show that 5.4 per cent, or 1 in 20 seniors in Canada, are Asian. Overall, 7.2 per cent of Canada's senior

⁵⁰ Brief submitted by Pamela White, Statistics Canada, November 27, 2006, p. 7.

population are a visible minority. That is a significant increase in the past ten years."⁵¹

The immigrant population is also older on average than the Canadian population as a whole. "Almost 19 per cent of the immigrant population in Canada is over 65, and this number is much higher than the national average of 12.2 per cent."⁵²

2.5 Regional Differences Across Canada

Witnesses confirmed that the effects of population aging are not felt equally across Canada. "With few exceptions, the older population in Canada is found east of Ontario, with the population resident west of Quebec and in the territories being younger."⁵³ The gap in median age between the Eastern and Western provinces is expected to increase as the population ages, as illustrated below by differences in population growth and the proportion of seniors in the overall population presented to the Committee by Byron Spencer. "Atlantic Canada and Quebec will experience a more rapid aging of the population compared with Ontario, the Western provinces and territories."⁵⁴

2.6 Urban / Rural Considerations

Witnesses confirmed that urban areas have a median age which tends to be lower than rural areas. Pamela White of Statistics Canada told the Committee that, "Overall, the median age of those living in Canada's metropolitan centres is lower, 37.7 years, compared to those living elsewhere, 40.7 years."⁵⁵

Urban and rural areas face different challenges in supporting senior populations. In rural regions, youth out-migration, low levels of immigrant in-migration, low birthrates and growing tendency for some to seek retirement in rural areas contribute to a decreasing and aging

⁵¹ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

⁵² *Ibid.*

⁵³ Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

population. Although one-third of Canadian seniors live in rural areas, decreasing populations pose challenges to maintaining services there.

"The rural-urban move ... exaggerates the effects associated with population aging in the departing areas, the smaller communities and rural areas. ... In many smaller areas in the Atlantic region you are left with very old populations indeed. The median age can be 60 and even quite a bit older than that in some of the small areas. There are huge problems not just with health delivery, but also with education, because you end up with very small groups in school."⁵⁶

The Committee heard evidence that seniors in remote communities often have to travel to urban areas to access long-term care. But while urban centres can provide the specialized services required, the co-ordination of support services and continuing care is often inadequate. These issues are magnified for Aboriginal seniors, who experience cultural alienation within urban environments:

"The urban areas are unable to provide the social aspect [of care]. Just the question of meals is a very big problem. That was pointed out by the representatives of the Aboriginal people that we have met; the question of meals and cultural differences. It is enough to drive them sick again."⁵⁷

The Public Health Agency of Canada noted that four Canadian sites – Portage la Prairie, Manitoba; Saanich, British Columbia; Sherbrooke, Quebec; and Halifax, Nova Scotia – are among 34 cities around the world participating in an initiative to foster the development of age-friendly cities that promote active aging and focus on seniors. A parallel project is being developed by the Public Health Agency of Canada and Human Resources and Social Development Canada

⁵⁶ Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

⁵⁷ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

through the Ministers responsible for seniors to explore age-friendly factors in small, rural and remote Canadian communities.⁵⁸

2.7 Gaps in Information

Witnesses noted that a number of population subgroups and areas of inquiry warrant further investigation, notably Aboriginal seniors, immigrant seniors, and seniors with intellectual and developmental disabilities.

For example, although the health outcomes for Aboriginal peoples are known to be worse than the Canadian population as a whole, the National Aboriginal Health Organization highlighted a need for more information on Aboriginal seniors:

"There is a serious lack of information on First Nations, Inuit and Métis health across the board, especially with regard to older Aboriginal people. The focus is on the younger generation, because there are so many young Aboriginal people."⁵⁹

Douglas Durst further cautioned the Committee that,

"There is the danger of applying models and aggregating data from different groups as a form of reductionism, which invites generalizations and assumptions that may be false or misleading."⁶⁰

Like the broader Canadian population, the senior population is undergoing a number of dynamic shifts, which means that planning must be based on its anticipated characteristics in the future.

"Regarding core services, ... our older adults are changing. We know that primarily older adults are females -- that is quite evident. There are financial

⁵⁸ Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

⁵⁹ Mark Buell, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

⁶⁰ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

changes they experience and education changes. We are planning for senior population now and in 10 years it is a different population.”⁶¹

2.8 Questions for Further Study

The demographic information provided to the Committee point to a number of questions for further study. In addition, the demographic profile of the aging population gives rise to a number of considerations the Committee will incorporate into the process of developing recommendations in the second phase of its study.

Specific questions

- Will the regional disparities in aging exacerbate existing differences in the baskets of services that are currently available in the different provinces and territories? Are federal/provincial/territorial financing arrangements responsive to the regional imbalances in the aging population?
- Senior women experience higher levels of poverty than their male counterparts. Is this gap expected to close among future cohorts of seniors women, who have greater labour force attachment? If not, why?
- What kinds of services will immigrant communities require as their senior populations age? In which ways are these needs similar or different from those of the general population?

Demographic Considerations in the Development of Recommendations

- The Committee takes note of the following policy questions (identified by the Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors⁶² in their National Framework on Aging in 1998) to help it evaluate policy options as it embarks on the second phase of its study:

⁶¹ Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

⁶² With the exception of Québec.

- Does the policy/program address the diverse needs, circumstances, and aspirations of various sub-groups within the seniors population (e.g., age, gender, family status, geographic location, Aboriginal status, official language minorities and ethnocultural minorities, income status, health status, etc.)?
- Does the policy/program reflect and respond to the different realities between genders?
- Does it adequately consider the diversity among various age segments of older Canadians (e.g., those who lived through the Great Depression, wars, linguistic or cultural differences, etc.)?

3. Seniors at Risk

In its presentation to the Committee, the National Advisory Council on Aging identified groups of seniors who face particular challenges. "Right now, the economic well-being of some seniors continues to be at risk [...] Certain groups, among them older women, unattached seniors and immigrant seniors are at particular risk."⁶³ In this section, we will also look at some other issues of importance to seniors, such as emergency preparedness, and abuse and neglect.

3.1 Immigrant Seniors

The previous section provided some information on the increasing ethnocultural diversity of Canada's population, including seniors. In general, however, the Committee has heard that aging-related programs and policies continue to treat the senior population as a homogenous group, often not recognizing the range of needs, concerns and histories of ethnocultural minority seniors.⁶⁴ There can be important barriers to gaining access to health care and other services that result from language and culture differences, low income, discrimination and racism.

⁶³ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

⁶⁴ National Advisory Council on Aging, *Seniors on the Margins: Seniors from Ethnocultural Minorities*, 2005.

Although seniors' economic well-being improved overall in the last decades of the 20th century, a gap remains between immigrant and non-immigrant seniors.

"In 1995, older immigrant men received 8.5% less income than Canadian-born men, while older immigrant women received 9.2% less income than Canadian-born women. Immigrant seniors, especially women, face higher rates of poverty than seniors born in Canada. In 1995, 17.5% of immigrant senior men and 26.5% of immigrant senior women had low incomes compared to 11.5% of non-immigrant senior men and 23% of non-immigrant senior women."⁶⁵

Economic insecurity is most severe for immigrant seniors who have been in Canada for less than 10 years. In fact, the older the age at immigration, the more likely one will live in poverty,⁶⁶ since one's chances of being able to access public income support programs for seniors depend on length of residency in the country.

Culturally-specific belief patterns about illness and health, attitudes about dependency and self-sufficiency, as well as language barriers can impede or reduce access to health and long-term care, family support and community services. The Committee heard evidence about the difficulty that some care institutions can have in adapting to the different needs, illnesses and disabilities of immigrant seniors.

3.2 Aboriginal Seniors

The Aboriginal population is younger than the non-Aboriginal population in Canada. Almost half of Aboriginal Canadians are under age 20, while just under 6 per cent are over 65.⁶⁷ In comparison, 22% of the total Canadian population was under 20 in 2006, and 13%

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Kazemipur, A. and S. S. Halli. "Poverty Experiences of Immigrants: Some Reflections." *Canadian Issues*, April 2003.

⁶⁷ Leslie MacLean, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, Evidence, December 4, 2006.

over 65.⁶⁸ But a dramatic increase in the number of Aboriginal seniors is expected.

"Current statistical data projects that by 2026, the percentage of Aboriginal seniors will triple. While we must strive for optimal conditions for the general senior population in Canada, the vulnerable health of Aboriginal seniors requires specific attention, with interventions that are culturally appropriate."⁶⁹

Health outcomes for Aboriginal persons tend to be worse than for non-Aboriginal persons in Canada, and seniors are no exception. Among First Nations and Inuit, chronic diseases usually associated with older age such as diabetes, rheumatoid arthritis or cardiac conditions, are more prevalent than they are in the general population and have an earlier onset.⁷⁰

Compounding the challenge of worse health outcomes are the conditions in which many Aboriginal people live as well as more complicated access to health care and support services. Douglas Durst described the situation of some First Nations seniors in Saskatchewan:

"More seniors tend to stay on the reserve in the population. They tend to be in housing that is overcrowded, substandard, with poor water, and at a certain age almost all of them have diabetes, type 2. ... They are with their families, and as disabilities increase they get further socially isolated there. Then when they come to Regina they are in very poor health and physical condition and have a great demand on services. There does not seem to be a very strong infrastructure for supports for home care and supporting the family in caring for them."⁷¹

⁶⁸ Statistics Canada, Population Projections for Canada, Provinces and Territories 2005-2031, Catalogue no. 91-520-XIE, 2006.

⁶⁹ Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

⁷⁰ Leslie MacLean, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, Evidence, December 4, 2006.

⁷¹ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

The small size and remote locations of many First Nations and Inuit communities mean that many formalized medical services require travel. A preference for family care and a reluctance to leave home for treatment mean that many health problems have worsened and created additional complications by the time health professionals are consulted.

Aboriginal seniors in urban areas who have access to health care services do better in terms of overall health, but tend not to access available programs and services, leaving them isolated. The Committee heard that some Aboriginal people in urban areas "do not feel comfortable going to white-dominated agencies."⁷² Many get caught and "kicked around" between federal, provincial, and band jurisdictions, complicating access to programs and services.

Given the significant differences in health and life expectancy, the Committee heard that the age of eligibility for seniors' programs and services, commonly set at 65, may not be appropriate for Aboriginal people. In his presentation to the Committee, Douglas Durst referred to recent US research that recommended using "55 as being equivalent to 65" when working with Aboriginal populations, and that "we ought to be looking at providing services and programs for a younger chronologically aged group for seniors due to the health and social conditions, diabetes, and so on."⁷³

The current health status of Aboriginal populations and the projected growth in the senior population point to the need for immediate action. The National Aboriginal Health Organization called for "long-term investment in the health of individuals throughout their lifespan and investments in community infrastructure to meet those demands in the next 10 to 25 years."⁷⁴

The National Aboriginal Health Organization also advised the Committee that a pan-Aboriginal approach is not effective when addressing the issues facing Aboriginal seniors. "First Nations, Inuit

⁷² *Ibid.*

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

and Métis have contextually specific realities that are influenced by such determinants as language, geography, and culture... Policy construction and program delivery must be informed by specific data that captures the need according to First Nations, Inuit and Métis realities."⁷⁵

3.3 Unattached Seniors

Between 1991 and 2001, the number of seniors living alone increased, especially among seniors over 85. More than 1 million seniors were living alone in 2001; almost three quarters of them were women. The National Advisory Council on Aging emphasizes how "learning to live alone later in life following the loss of a spouse can be very challenging psychologically and financially."⁷⁶

Single-person households have consistently higher rates of low income than other households among all ages of the Canadian population, including seniors. According to Statistics Canada, unattached seniors had a low-income rate of 15.5 per cent in 2004, compared to 5.6 per cent for all seniors.⁷⁷

Figure 3-1: Percentage of Seniors with Low After-Tax Income

	Both sexes	Men	Women
All seniors	5.6%	3.5%	7.3%
Families of Seniors	1.6%	1.7%	1.6%
Unattached seniors	15.5%	11.6%	17.0%

Source: Statistics Canada, *Income in Canada 2004*

Seniors living alone are at higher risk of housing affordability problems, health problems, and social isolation. They are also less likely to be happy compared to seniors living with a spouse or children,

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

⁷⁷ Statistics Canada, *Income in Canada 2004*, Catalogue no. 75-202-XIE, 2006.

in part because they spend more time alone and in part because of low income.⁷⁸

3.4 Abuse and Neglect

Senior abuse can be perpetrated in the home or within institutions, and includes psychological, physical and financial abuse, and neglect. The 1999 General Social Survey on Victimization found that 7% of adults 65 years and older reported some form of emotional or financial abuse by an adult child, spouse or caregiver in the five years prior to the survey, with the vast majority committed by spouses. A smaller proportion (1%) reported experiencing physical or sexual abuse.⁷⁹ These reported rates may be lower than actual incidences of abuse, however, as victims can be unwilling or unable to report abuse for a variety of reasons including cognitive impairments, dependence on the abuser, linguistic or cultural barriers, fear of retaliation and shame or stigma.

As with the general population, most abuse carried out against seniors is perpetrated by someone known to the victim. In the case of seniors, it is often a family member, friend, caregiver, landlord or staff in a facility.⁸⁰ Seniors who are at greater risk of abuse include older seniors, women, socially isolated seniors, dependent seniors with disabilities, seniors with reduced cognitive capacity, and seniors whose caregivers have a drug or alcohol problem.⁸¹

Although only 7% of older Canadians live in institutions, institutional abuse is also a concern. It can take many forms, including inappropriate or lack of staff-client interaction, low standards of nursing care, theft and fraud, inadequate nutrition, overcrowded floors, lack of privacy, and issues of cleanliness.⁸² The Committee

⁷⁸ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

⁷⁹ Justice Canada, *Abuse of Older Adults: A fact sheet from the Department of Justice Canada*, www.justice.gc.ca/en/ps/fm/adultsfs.html

⁸⁰ National Advisory Council on Aging, "Hidden Harm, the Abuse of Seniors" in *Expression*, Vol. 17, No. 1, Winter 2003-2004.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p. 45.

heard about how long-term care facilities face new challenges. "The care is more complex and people have not been trained in complex care. That is a new area developing before our eyes."⁸³ Witnesses suggested that this environment could contribute to staff burnout, decreased quality of care, neglect and abuse.

The Government of Ontario has introduced legislation that would establish a new system of governance for long-term care homes and strengthen enforcement in an effort to improve care and accountability. Lynn McDonald cited Ontario's Bill 140 as a widely acclaimed model for the way in which it sets standards and proposes a protocol to be followed when abuse occurs in the care of seniors.⁸⁴

3.5 Emergency Preparedness

Recent international crises such as the SARS outbreak in Toronto, the 2003 heat wave in France, and Hurricane Katrina have demonstrated how seniors can be at particular risk during emergencies or disasters and why emergency planning that takes into account the needs of seniors is so important.

Research shows that people over 60 are far more likely to be hurt or killed in a disaster.⁸⁵ Seniors with physical disabilities or conditions that affect mobility or agility may not be able to quickly evacuate or may miss emergency instructions. Seniors that depend on family or community supports may be left stranded if transportation and communication systems break down. Seniors with low incomes and those dependent on income supports are also at risk as these supports may be temporarily unavailable.⁸⁶

To help determine the best approaches to ensure that older adults are considered in all aspects of planning, responding and recovering

⁸³ Lynn McDonald, National Initiative for the Care of the Elderly, Evidence, December 11, 2006.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ National Advisory Council on Aging, "When Disaster Strikes!" in *Expression*, Vol. 19, No. 3, Summer 2006.

⁸⁶ Public Health Agency of Canada, "Seniors During Emergencies and Disasters: Vulnerable, Yet Resilient" Canadian Health Network.

from emergencies, the Public Health Agency of Canada is hosting an international workshop on emergency preparedness and seniors in Winnipeg in February 2007, "with 100 world experts and seniors, to develop a blueprint for action and to influence changes to emergency preparedness policy and practice in order to better integrate seniors' contributions and needs."⁸⁷

3.6 Questions for Further Study

- To what extent are the federal government's policies and programs tailored to the needs of immigrant seniors?
- Is the federal government taking a pan-Aboriginal approach in working with Aboriginal seniors?
- Is age 65 used as an eligibility requirement for Aboriginal seniors to access programs? Given the poor health of Aboriginal populations, can alternative measures be used?
- Are there models of successful coordination of services across multiple jurisdictions that could be helpful in the delivery of federal, provincial and band services to Aboriginal seniors?
- What can be done to improve the low-income rate and other risk factors for unattached seniors?
- What can the federal government do to prevent senior abuse?

4. Active Participation in Society and Economic Life

The World Health Organization has adopted the term *active aging* to describe the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.⁸⁸ Promoting active aging involves understanding what different groups of seniors want and facilitating the roles they choose to play in paid employment, volunteering, caregiving, and leisure.

⁸⁷ Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

⁸⁸ United Nations – World Health Organization, *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002.

4.1 Promoting Active Living, Well Being and Participation

The Committee heard that Canadians are living longer, and that those additional years are spent, for the most part, in good health. One of the keys to maintaining health and quality of life over a lengthening lifespan is to sustain the ability to participate in meaningful activities and social networks.

"One of the current most accepted views is that 'aging well' is about finding meaning and purpose in the activities in which one engages. Engagement in activities which are personally meaningful and freely chosen has been found to be related to positive physical and psychological outcomes."⁸⁹

While healthy seniors continue to be active and involved in their families and communities, the way they use their time is shifting. Statistics Canada found that in 2005, more Canadians 55 to 74 years old were engaged in the labour force, working later in life and spending less time in leisure activities compared to 1992 and 1998.⁹⁰

"Having paid work beyond the normal retirement age (as long as it is done voluntarily rather than because of financial hardship) seems to improve quality of life, as does volunteering and being involved with grandchildren. What all these activities have in common is that they all help to maintain a person's involvement with a social network of workmates, friends and family. ... [S]ocial support of this kind helps older people to maintain their quality of life if they develop an illness."⁹¹

⁸⁹ Statistics Canada, "Aging Well: Time Use Patterns of Older Canadians", General Social Survey on Time Use: Cycle 19, 2005, Catalogue no. 89-622-XIE.

⁹⁰ Statistics Canada, Aging Well: Time Use Patterns of Older Canadians 2005, p. 24.

⁹¹ Bartley, Mel (ed.) *Capability and Resilience: Beating the Odds*, University College of London Department of Epidemiology and Public Health and the

Pamela White also told the Committee that the burden of ill health on seniors remains important:

"As their number of years of good health has increased at the same pace as ... life expectancy, the burden that ill health represents over the life cycle has remained about the same over the past 10 years."⁹²

Statistics Canada has found a strong link between health status, active living, life satisfaction and time use of older Canadians.

"Health status has a significant influence on time spent on a range of activities. Healthy individuals spent more on paid work, unpaid work and active leisure. Generally, the fit or balance of activities for healthy, satisfied women included less time on paid work for working age women than their healthy, less satisfied counterparts and more time on active leisure like cognitive and physical activities. For healthy, satisfied men there was no consistent set of activities across the age groups. Less healthy and less satisfied men and women for all age groups consistently spent the most time on passive leisure."⁹³

Technical aids such as communication devices, visual and hearing aids, prosthetic and orthotic devices, wheelchairs and walking aids can also help seniors continue to participate in society. Unfortunately, accessing these supports can be complicated and costly, involving diverse departments at all levels of government, and creating expenses that are not covered by any public or private plan for an estimated 36 per cent of adults.⁹⁴

Economic and Social Research Council Priority Network on Capability and Resilience, 2006.

⁹² Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

⁹³ Statistics Canada, *Aging Well: Time Use Patterns of Older Canadians 2005*, p. 24.

⁹⁴ Caledon Institute of Social Policy, *Preparing for the Demographic Tsunami*, July 2006.

4.2 Financial Security and Retirement

One of the most significant areas of government intervention related to seniors is income support. A combination of policies and programs has significantly reduced the number of seniors living in poverty since the beginning of the 1980s, with the number reaching 5.6 per cent in 2004. This is down from 6.8 per cent in 2003 and 21 per cent in 1980, and is the lowest rate of seniors in low income for the 25-year period 1980 to 2004 for which Statistics Canada has estimates. Peter Hicks noted that Canada's rate has gone from "...one of the worst in the OECD to one of the best, close to the best, in that time frame."⁹⁵

The incidence of low income among seniors (5.6 per cent in 2004) is lower than the overall rate for the Canadian population (11.2 per cent), but as mentioned previously, some groups of seniors, such as unattached seniors, are more likely to experience poverty. Single seniors have a low-income rate 10 times that of seniors living in families: 16 per cent compared to 1.6 per cent. Single senior women are almost twice as likely to be in low income as men, with a low-income rate of 17 per cent, though this has fallen over two decades from 57 per cent in 1980. The rate for senior men has decreased from 47 per cent in 1980 to 12 per cent in 2004.⁹⁶

While low income rates overall have improved for seniors, inequalities in retirement income have started to rise and are expected to continue to do so. As Robert Dobie pointed out: "It is becoming clear that inequalities in retirement income will increase in the future."⁹⁷

The main sources of income for seniors are government transfer payments, private retirement plans, employment earnings and the wealth they have accumulated in their lifetime.⁹⁸

⁹⁵ Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

⁹⁶ Statistics Canada, *Income in Canada 2004*, March 2006, p. 16.

⁹⁷ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

⁹⁸ National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1999, p. 53.

In 2004, 99 per cent of all seniors, both single and in families, received some income in the form of government transfers. These transfers came largely from the Canada Pension Plan, the Quebec Pension Plan, Old Age Security, and the Guaranteed Income Supplement. Despite the fact that the median level of government transfers to seniors has remained relatively constant over the last decade, government transfers remain an important portion of seniors' incomes – in 2004, senior families received almost six times as much of their total income from government transfers as non-senior families. For every \$100 of pre-tax income in 2004, senior families received \$41 from government transfers, compared to just over \$7 for non-senior families. Of the remaining \$59 in income for senior families, \$34 came from private pensions (up from \$27 in 1996), \$12 from earnings, \$10 from investment income, and the rest from other sources.⁹⁹

Employment and Retirement

The new demographic reality of the aging workforce and potential labour shortages has made way for discussions of alternative approaches to the work-life cycle. Although the majority of seniors retire at 65, there still exists a percentage that chooses to continue to work. In fact, "about one-third of those who retired between 1992 and 2002 were healthy individuals who would have been willing to continue working if circumstances had been different."¹⁰⁰ The percentage of working seniors increased from 6 per cent in 2001 to 8 per cent in 2005.¹⁰¹ Many seniors also return to paid work following an initial retirement, mostly on a part-time basis.¹⁰² The growth in employment among seniors aged 65 to 69 – the fastest rising employment age group in 2004 – contributed to a 30 per cent increase

⁹⁹ Statistics Canada, *Income in Canada 2004*, Catalogue no. 75-202-XIE, 2006.

¹⁰⁰ René Morissette, Grant Schellenberg and Cyntia Silver, "Retaining older workers" in *Perspectives on Labour and Income*, vol. 5, No. 10, Catalogue No. 75-001-XIE, Statistics Canada, October 2004, p. 3.

¹⁰¹ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, p. 52.

¹⁰² Health Canada, *Canada's Aging Population*, Ottawa, 2002, p. 15.

in the market income of the average senior family between 1996 and 2004.¹⁰³

Mandatory retirement has been banned in Alberta, Manitoba, Ontario, Québec, Prince Edward Island, Nunavut, the Yukon and the Northwest Territories. Ontario's legislation came into effect in December 2006. In November, Saskatchewan introduced a bill to end mandatory retirement, and B.C. Premier Gordon Campbell has said that his government would address the issue during the Spring 2007 sitting of the legislature.¹⁰⁴ The number of seniors indicating that they were forced into retirement because of mandatory retirement policies fell from 16.2 per cent in 1994 to 14.5 per cent in 2002.¹⁰⁵ The Canadian Association for the Fifty-Plus indicated that mandatory retirement has had a negative impact on the lives of many Canadians noting, for example, that "...we hear from many for whom mandatory retirement means poverty, social isolation and the loss of meaningful activity, all of which can lead to physical and mental illnesses, thereby putting unnecessary stress on the health care system. The alternative contributes to independence and quality of life."¹⁰⁶

In provinces where mandatory retirement has been eliminated, the Committee heard that forms of age-based discrimination remain. "[E]ven where mandatory retirement has ended older workers still face the challenges of ageist employers who discriminate against those who are as young as 45 when it comes to hiring practices."¹⁰⁷ Human Resources and Social Development Canada described a recent government investment of, "\$70 million for a national cost-shared program with the provinces and territories called the Targeted

¹⁰³ Statistics Canada, *Income in Canada 2004*, Catalogue no. 75-202-XIE, 2006.

¹⁰⁴ Cynthia Ross Cravit, "B.C., Saskatchewan to end mandatory retirement", part of CARP News Articles, CARP – Canada's Association of the Fifty Plus, www.carp.ca, January 17, 2007.

¹⁰⁵ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, p. 52.

¹⁰⁶ Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

¹⁰⁷ *Ibid.*

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

Initiative for Older Workers"¹⁰⁸ that is designed to help unemployed older workers remain active and productive participants in the labour market while their communities undergo adjustment.

Both CARP – Canada's Association for the Fifty-Plus and the International Federation on Ageing suggested that there is a need for a comprehensive review of pension reform to remove disincentives for continued employment for those seniors who would like to remain employed. They cautioned, however, that any proposed reforms should be carefully considered to ensure that they would not create situations where seniors would be obliged to continue working when they would prefer retirement (i.e. by delaying the age of pension eligibility), or reduce benefits for workers who have planned for retirement based on current arrangements. The International Federation on Ageing noted that many other developed countries have undertaken pension reform to deal with this issue.

Canada Pension Plan and Private Pensions

Established in 1966, the Canada Pension Plan (CPP) provides over 3 million retired Canadians with maximum benefits of up to \$844 per month. Federal and provincial Ministers of Finance, as joint stewards of the CPP, completed a triennial financial review in June 2006¹⁰⁹ and the Committee heard that the CPP is on "sound financial footing for at least the next 75 years and that includes the peak of the aging population."¹¹⁰

Because benefits are tied to employment earnings, a gender gap still exists in benefit coverage. In 2002, only 83.8% of female tax filers 65 or older reported income from the C/QPP, compared to 94.5%

¹⁰⁸ Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

¹⁰⁹ Department of Finance Canada, "Review Finds Canada Pension Plan is Financially Sound," 27 June 2006, www.fin.gc.ca/cpp/news/20060627_e.html

¹¹⁰ Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

Embracing the Challenge of Aging

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

for men.¹¹¹ Unpaid work most often done by women, including child and elder care, interrupt or reduce paid work and diminish women's ability to accumulate pension benefits and retirement savings.

The Committee heard from numerous witnesses that disincentives to postponing retirement must be reduced. One of those disincentives is the CPP benefit structure:

"You can elect to receive retirement benefits under the Canada Pension Plan as young as age 60, or you can defer them to age 70, the normal age being defined as 65. If you take the benefits younger than age 65, you get a reduced benefit, and the reduction is roughly in keeping with life expectancy on average. If you opt to take them at an older age, you get an increased benefit, but it does not increase as much as the loss in life expectancy after age 65. From a policy point of view, there is clearly some incentive built into the Canada Pension Plan not to defer benefits until after age 65 but rather to take them then."¹¹²

As retirement income levels increase, private pension plans represent a growing share of seniors' incomes.¹¹³ However, less than 50 per cent of seniors benefit from a private pension plan.¹¹⁴ The Committee heard that, "Less than a third of Canadians who are not employed in the public service ... have private pension plan coverage."¹¹⁵

Compounding the inadequacy of low levels of private pension coverage is that in many cases the pension investments are not portable: "[E]ven among those who do have some coverage, many

¹¹¹ Ken Battle, *Sustaining Public Pensions in Canada: A Tale of Two Reforms*, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy, 2003, www.caledoninst.org/PDF/553820622.pdf

¹¹² Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

¹¹³ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p. 31.

¹¹⁴ *Ibid*, p. 34.

¹¹⁵ Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

will not realize the coverage because they change jobs and the coverage will not go with them... That is really quite a serious concern among people who are in very low-income groups; they certainly are people who very rarely have any significant amount of private pension coverage."¹¹⁶

A recent study by Statistics Canada found a sharply widening gap in pension contributions between families at the top and the bottom of the earnings scale. The maturation of the Canada and Québec Pension Plans had led to a substantial reduction in income inequality between the early 1980s and the mid-1990s, but the now growing inequality in contributions towards retirement could make the distribution of family income among seniors more unequal in years to come.¹¹⁷

Another disincentive to continued labour force participation in the case of specific retirees such as teachers and nurses are pension caps. The Committee heard that, "Presently, we have a disincentive to getting people back into the workforce, with their cap in the pension at \$58,000. If a teacher, for instance, gets \$45,000 or \$50,000 pension, as soon as he or she finds another type of employment, then starts getting \$58,000 or \$60,000, she is working for absolutely nothing. There is a disincentive now with the caps."¹¹⁸

Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement

The Old Age Security (OAS) program provides a basic income to persons over 65 years of age who have lived in Canada for at least 10 years. Its benefits include the Old Age Security pension, the Guaranteed Income Supplement (GIS) and the Allowance for spouses. In 2005-2006, around 4.2 million people received OAS benefits, totalling \$29 billion.¹¹⁹

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ Statistics Canada, "Study: Pension coverage and retirement savings of Canadian families" in *The Daily*, 26 September 2006.

¹¹⁸ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

¹¹⁹ Human Resources and Social Development Canada, "C-36: An Act to Amend the Canada Pension Plan and the Old Age Security Act", November 28, 2006.

Embracing the Challenge of Aging

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

The Chief Actuary of Canada estimates that the number of people receiving OAS pensions will more than double from 2005 to 2030,¹²⁰ leading to a rise in the ratio of OAS expenditures to GDP from 2.4 per cent in 2010 to 3.2 per cent by 2030.¹²¹ The Committee heard from Dr. Byron Spencer that "...government programs will remain manageable, at least in response to population aging. The popular view is that increases in health care costs, which everybody thinks are obviously attributable to population aging, will break the bank — in particular, break government budgets — and things will be unmanageable. I think this view simply is not true. It is not true of public pension programs and income security programs, and it is not true of health care programs."¹²²

Similarly, in evidence to the Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce earlier this year, the Chief Actuary of Canada confirmed that the retirement income "system is expected to be sustainable and affordable well into the future in the face of changing demographic conditions." Notwithstanding, "ongoing review of the system will help to ensure this remains the case."¹²³

The Committee is also concerned to make sure that all efforts are being made to reduce the number of seniors who do not receive the OAS benefits for which they are eligible. The annual number of persons eligible to receive the GIS but who did not receive it decreased by 34 per cent between 1999-2001 and 2003.¹²⁴ Still, it is estimated that 3 per cent of the seniors population – approximately 137,000 seniors in 2003 – did not receive the GIS despite being eligible for it, losing benefits of \$204 million in total. Service Canada's process for reaching out to seniors who fail to re-apply was the subject

¹²⁰ Auditor General of Canada, *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, Chapter 6: Old Age Security, November 2006.

¹²¹ Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce, *The Demographic Time Bomb: Mitigating the Effects of Demographic Change in Canada*, June 2006.

¹²² Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

¹²³ Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce, *The Demographic Time Bomb: Mitigating the Effects of Demographic Change in Canada*, June 2006.

¹²⁴ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, p. 33.

of some discussion between Committee members and witnesses from HRSDC and Service Canada, concerning whether there are language literacy barriers for seniors who receive notification only by letter.

While the Committee's hearings were being carried out, the Minister of Human Resources and Social Development Canada introduced legislation to amend the CPP and OAS, making it easier for seniors to apply for benefits and ease eligibilities for certain claimants. Bill C-36 would allow for ongoing renewal, waiving the requirement for a renewal application once an initial application has been made, allow the Minister of HRSDC to co-administer similar provincial benefits for seniors based on federal provincial agreements, and simplify the reporting of income for couples and seniors.¹²⁵

OAS benefits are adjusted quarterly to keep pace with the Consumer Price Index, but the base amount of the GIS was last increased in 1985. Because wage increases have generally been higher than CPI increases over the last 20 years, the gap in standard of living between GIS recipients and the working-age population is growing.¹²⁶ In some cases, the GIS is insufficient to allow seniors, especially unattached seniors, to live above the low-income cut off. An unattached person who received only the OAS and GIS in 2004 had an annual income of \$12,239 – an amount less than the low-income cut-off for urban areas.¹²⁷ The Committee heard from the Canadian Association for the Fifty-Plus that a band of supplementary income should be allowed without clawback of the GIS in order to help address this situation.

4.3 Volunteering

For many older adults, engaging in volunteer activities can offer an opportunity to continue using skills and provide a sense of purpose

¹²⁵ Human Resources and Social Development Canada, "C-36: An Act to Amend the Canada Pension Plan and the Old Age Security Act", November 28, 2006.

¹²⁶ Georgina Barnwell, *Women and Public Pensions: Working Towards Equitable Policy Change*, An Initiative of the Women's Centres in the Western area of Nova Scotia, January 2006.

¹²⁷ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*.

during a phase of transition in one's life. Unpaid work can add to one's sense of identity and place, and are a means of giving back to society as a whole.¹²⁸

One of the biggest basins of volunteers is young seniors. The National Advisory Council on Aging spoke to the Committee about how young seniors are increasingly volunteering with older seniors. In 2000, seniors accounted for 17 per cent of all formal volunteer hours, even though they represented only 12 per cent of the population. While the number of seniors volunteering fell from 23 per cent to 18 per cent between 1997 and 2000, the average number of hours volunteered per capita rose from 202 to 269.¹²⁹

The benefits of inter-generational volunteering were highlighted by CARP – Canada's Association for the 50-plus:

"There is a whole world of possibilities if we bring the young and the elderly together to exchange, learn and share from each other in terms of skills, experiences and ideas. Such inter-generational initiatives such as mentoring, counselling, consulting and coaching can augment the knowledge of both the young and the elderly, and create a dynamic, robust and productive workforce, community and society, and go a long way in dispelling ageist views."¹³⁰

The Committee's attention was also drawn to the distinction between formal and informal volunteering and the valuable role that informal social networks can play in supporting seniors:

"In Aboriginal communities, informal support is given by the cooperative nature of many communities, and is fundamental to allowing seniors to stay in those communities. There are things such

¹²⁸ Statistics Canada, *Aging Well: Time Use Patterns of Older Canadians 2005*, July 2006.

¹²⁹ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*.

¹³⁰ Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty-Plus, Evidence, December 11, 2006.

as food sharing. Especially in remote Inuit communities, where food prices may be so high, a lot of hunters will share their food with the seniors in the community, making the lives of those seniors that much easier.”¹³¹

CARP suggested to the Committee that measures be taken to strengthen the voluntary sector, including tax credits and compensation for volunteers, as well as financial support for a sound infrastructure for recruitment, screening, training, monitoring, evaluation and recognition.

4.4 Lifelong Learning

The slowing labour force growth rates that are expected highlight the need to maximize the human resource potential of all elements of the population. Witnesses emphasized to the Committee that older Canadians are mostly in good health and able to learn new information and skills, including technology. Lifelong learning for seniors is seen not only as a way of supporting seniors' participation in society and the economy, but also as a strategy to ensure the continuing prosperity and productivity of the nation.

4.5 Questions for Further Study

- What planning or coordination have governments done with respect to the anticipated needs for technical aids among seniors?
- Is there further action the federal government can or should take regarding mandatory retirement?
- Does the Targeted Initiative for Older Workers adequately address the employment issues faced by older workers?
- What specific pension reforms should be undertaken? Which countries have had the most success with pension reform and what can Canada learn from those experiences?

¹³¹ Mark Buell, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

- What can be done to improve portability of pension coverage?
- Should any changes in eligibility be considered for the CPP?
- Should the CPP benefit structure be adjusted to remove disincentives to postponing retirement?
- What can be done to increase private pension coverage and reduce inequalities in savings and investment for retirement?
- Should the impact of pension caps on labour force participation be examined, with a view to removing disincentives to continued employment?
- Should the GIS be adjusted to at least meet low-income cut off levels?
- Is further action needed to further reduce the number of seniors eligible for but not receiving the GIS?
- Should additional employment income be exempted from the GIS clawback?
- Should alternative means of communicating with seniors regarding their available benefits be considered?
- What steps should be considered to strengthen volunteering?
- How is the government addressing the issue of lifelong learning for seniors?

5. Health: Promotion, Prevention and Care

"Canadians are not only living longer but they also are living longer in good health."¹³²

Various definitions have been used to measure 'healthy' aging. While some studies have defined health as the absence of disease or chronic conditions, it is more common to consider health in terms of an individual's functional impairment and positive health perceptions. This latter approach is the one taken by the World Health Organization, whose definition states that "Health is a state of

¹³² Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." Statistics Canada's recent analysis of healthy living among seniors verified four criteria for a senior to be considered in "good health": good functional health, independence in activities of daily living, positive self-perceived general health, and positive self-perceived mental health.¹³³

Although the majority of Canada's roughly 4 million seniors were in good health in 2003, seniors remain disproportionately heavy users of the health care system. Seniors make up 13 per cent of the population, but they account for one-third of all hospitalizations, more than one-half of all hospital stays,¹³⁴ and 44 per cent of health care expenditures overall.¹³⁵ Nonetheless, the anticipated impact of the aging population on Canada's health care system from a financial sustainability viewpoint does not seem to be as serious as some might fear.

Dr. Byron Spencer told the Committee about a recent OECD study which isolated the effects of population aging on increases in health care expenditures in OECD countries over the last three decades. This study found that the portion of increases that was attributable to population aging was 11 per cent, a figure which was consistent with his own research findings. This position is backed up by Health Canada's Applied Research and Analysis Directorate, which, after undertaking a comprehensive examination of the implication of aging for the Canadian health care system, concluded that "...aging due to greater longevity, which has been the driver of population aging that has occurred to date, does not appear to put pressure on health care costs." Their analysis does show that, "...the aging that will start to occur as a result of the baby boom bulge will add to cost pressures, but these effects are smaller than the pressures arising from other drivers of health care costs, such as increases in utilization or new

¹³³ Statistics Canada, "Healthy Living Among Seniors" in *How Healthy Are Canadians? Health at Older Ages*, Health Report Special Issue, Supplement to Volume 16, Catalogue no. 82-003-XPE, February 2006, p.9.

¹³⁴ Statistics Canada, "Health Reports: Seniors Health Care Use" in *The Daily*, February 7, 2006.

¹³⁵ Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

treatments."¹³⁶ According to the OECD, it is advances in medical technology and rapid increases in health services which are in fact the main sources of long-term upward pressure on public spending on health.¹³⁷ Spending specifically on long-term care and formal care services, however, may see a higher demand increase than other sectors of health care as a result of the aging population.¹³⁸

The International Federation on Ageing suggested to the Committee that a healthy aging perspective can inform a policy strategy which would have far-reaching impacts:

"After canvassing the aging policies and programs for many different countries not unlike Canada and reflecting on the work of our NGO members who represent 50 million older people in the world, I ask myself the question: What is the single broadest policy intervention that could in some way impact on each of these substantive issues? The answer is "healthy aging." My caveat to this term is that aging — growing old — is not a health issue, nor should we see it as a health issue in the future, but rather part of the life-course approach. I have a belief that aging starts at birth and throughout the life-course we experience changes in our life, and at times we need specialist services and care."¹³⁹

This perspective on healthy aging requires a long-term commitment to action on a wide range of influences or determinants – economic, health and social services, behavioural, social, personal and physical – which affect individuals, families and nations. Jane Barratt affirmed

¹³⁶ Sara Hogan and Jeremey Lise, "Life Expectancy, Health Expectancy, and the Life Cycle" in *Horizons*, Vol. 6, No. 2, p.17.

¹³⁷ Organization for Economic Co-operation and Development, "Study Projects Growing Pressure on Public Health Spending Over and Above Effects of Ageing Society", February 9, 2006.

¹³⁸ Organization for Economic Co-operation and Development, "III. Future Budget Pressures Arising from Spending on Health and Long-Term Care" in *OECD Economic Outlook 79*, 2006.

¹³⁹ Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

that a healthy aging policy orientation over the life-course can have long-term benefits, including economic returns, to society.

5.1 Health Promotion

The central concept behind health promotion is that health is determined by many interacting social, psychological, and biological factors that are amenable to intervention by individuals and society. The health promotion approach focuses on improving the health of the population by addressing these determinants of health.

Witnesses emphasized the importance of health promotion as part of an overall strategy to improve seniors' health and well-being.

"...an effective health system must place as much emphasis on health promotion as it does on health care. The causes of some serious conditions associated with aging will elude us, as will their prevention and treatment methods. However, many ill effects of chronic conditions associated with aging are avoidable."¹⁴⁰

By reducing the rates and impacts of some conditions, health promotion and disease prevention strategies improve the overall health of the population, and reduce some pressure on healthcare costs in doing so.

"Of our total health care expenditures, 44 per cent are attributed to seniors — who are 13 per cent of the population. We will have more Canadians over age 65 than under age 15 in the next 10 years. Studies show that health promotion and disease prevention strategies can help those who are aging well, those with chronic conditions and those who are at risk for serious health problems even late in life. It follows, then, that investments in health

¹⁴⁰ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

promotion and disease prevention should also be a given.”¹⁴¹

The Royal Canadian Legion suggested that, "the integration of health promotion and preventative health measures into medical programs, coupled with more affordable housing options," would be a way of reducing overall health care expenditures.¹⁴²

Once again, a key to effective health promotion outcomes is a life-course approach. The Canadian Association on Gerontology reminded the Committee that, "The term 'health promotion' we support and encourage, but healthy aging does not start at 65; it starts the day that one is born."¹⁴³

The National Advisory Council on Aging urged that the prevention of falls and lifestyle changes related to physical activity and nutrition be given priority in promotion and prevention programs for the aging population.

5.2 Injury Prevention

Injuries can reduce seniors' independence, limit their activities, or even result in death. Seniors are injured at home more than any other location, with falls being the main cause of injury-related hospitalizations.¹⁴⁴ In 2003, 5 per cent of the senior population experienced a fall¹⁴⁵ and the Committee heard evidence from the Public Health Agency of Canada that falls are the second leading cause of seniors' deaths. The National Advisory Council on Aging reviewed some of the striking statistics on falls for the Committee:

“Also, did you know that every hour in Canada, an older person dies as a result of a fall? Close to 1

¹⁴¹ Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

¹⁴² Jack Frost, Royal Canadian Legion, Evidence, December 11, 2006.

¹⁴³ Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

¹⁴⁴ Public Health Agency of Canada, *Report on Seniors Falls in Canada*, 2005.

¹⁴⁵ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada: 20006 Report Card*, 2006.

million seniors will experience at least one fall per year, and that fall causes 84 per cent of injury-related hospital admissions of seniors in Canada. An incredible amount of money — \$1 billion annually in direct health care costs — is a result of falls. It is important to note that evidence has shown that the causes and impacts of falls can be reduced.”¹⁴⁶

The magnitude of the problem of falls among older adults is reflected by a 300 per cent increase in publications on the issue between 1985 and 2005.¹⁴⁷ To reduce the incidence of falls among seniors, the Public Health Agency of Canada reported to the Committee that it has been active in a number of falls prevention initiatives, including education and information materials for seniors, and a 2005 report that provides comprehensive data on falls, injuries and deaths, evidence on risk factors and best practices for prevention.

The National Advisory Council on Aging found that the rate of injuries resulting in limitations and hospitalizations due to falls remained stable between 1998-99 and 2002-03. The Public Health Agency of Canada informed the Committee that it will be hosting a national forum to discuss seniors' falls surveillance data in 2007, involving falls prevention practitioners, surveillance experts and researchers from across Canada. The outcomes of this forum will be used to help design interventions to reduce falls. The Agency also noted that, "Because of our success with falls prevention, the World Health Organization is using our approach to conduct a similar project on a global scale."

5.3 Chronic Diseases

As people age, they are more likely to be afflicted with chronic conditions. A chronic condition is defined in Statistics Canada's National Population Health Survey as a long-term health condition that has lasted or is expected to last six months or more and that has been

¹⁴⁶ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

¹⁴⁷ Public Health Agency of Canada, *Report on Seniors Falls in Canada*, 2005.

diagnosed by a health professional.¹⁴⁸ The most common chronic conditions affecting seniors are heart disease, arthritis, diabetes and dementia.¹⁴⁹

The Committee heard that because the number of seniors is increasing, particularly in the 85-plus group, the prevalence of chronic disease is increasing, and is expected to continue to grow. "In 2005, 91 per cent of seniors reported one or more chronic health condition as diagnosed by a health professional, compared with 87 per cent in 2000-01."¹⁵⁰ The National Advisory Council on Aging warned that the growth in the number of chronic conditions may end up, "...posing a number of challenges for health care."

The Aboriginal population is especially affected by chronic conditions. The National Aboriginal Health Organization told the committee that, "one in five Métis report arthritis or rheumatism, in comparison to one in ten in the non-Aboriginal population." First Nations seniors also report suffering from, "a variety of concurrent, long-term health conditions such as arthritis, rheumatism, high blood pressure, asthma and heart disease. Additionally, type 2 diabetes is also a cause of significant concern in elderly First Nations people."¹⁵¹

The Canadian Association on Gerontology reminded the Committee that healthy aging begins at birth. "The chronic condition does not start when one turns 65. It has its roots in the 30s and 40s."¹⁵² This re-emphasizes the value of a life-course perspective on healthy aging, suggesting once again that strategies for reducing the prevalence of chronic disease in later life need to include the targeting of determinants and risk factors earlier in life.

¹⁴⁸ Statistics Canada, "Health at Older Ages" in Health Reports Special Issue, Supplement to Volume 16, 2006, p. 52.

¹⁴⁹ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

¹⁵⁰ Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

¹⁵¹ Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

¹⁵² Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

5.4 Medication Use

Seniors use a variety of medications to cope with chronic conditions such as diabetes, arthritis, or high blood pressure. In 2003, 9 out of 10 non-institutionalized seniors reported having taken at least one type of medication in the previous month. On average, they took three different types. These high rates of medication use, particularly with multiple medications, make medication safety a critical issue, especially concerning the possibility of drug interactions.¹⁵³ Studies have revealed that between 18 and 50 per cent of drugs taken by seniors are not used appropriately. It is not surprising, then, that between 19 and 28 per cent of hospitalizations of patients over the age of 50 are attributable to medication problems.¹⁵⁴

In an effort to reduce complications related to multiple prescriptions and drug interactions, the Institute of Aging indicated that the health transition fund had supported a number of demonstration projects involving pharmacists working collaboratively with physicians, sharing full profiles of medications that may be prescribed by different physicians and reviewing potential interactions. One of the recommendations emerging from the health transition fund research addresses the integration of pharmacists and physicians based on these experiences.

Additionally, the cost of medications can be overwhelming for seniors living on a fixed income. The Committee heard that,

"While virtually all seniors are covered by some type of prescription drug insurance, either public or private, the extent of this coverage varies significantly from province to province, leaving many seniors vulnerable to financial hardship. In its special report to the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada, NACA recommended that a national comprehensive

¹⁵³ Public Health Agency of Canada, *The Safe Living Guide*, 2005, p. 21.

¹⁵⁴ National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1999, p. 31.

publicly-insured or publicly-privately-insured prescription plan be established.”¹⁵⁵

5.5 Mental Health, Mental Illness and Dementia

As is also often the case with the population at large, issues that relate to the mental health of seniors are not always given the priority they deserve. In this vein, Margaret Gillis told the Committee that:

“Seniors’ mental health is often overlooked. Problems such as depression are often viewed as an inevitable part of aging. In fact, mental health problems in later life occur in the context of mental illness, disability and poor social support.”¹⁵⁶

The impact of mental illness and dementia on the older population is considerable. For example:

- **Studies suggest that between 15 per cent and 25 per cent of nursing home residents have symptoms of major depression, and another 25 per cent have depressive symptoms of lesser severity.¹⁵⁷ The prevalence of mental disorders in general among nursing home residents is extraordinarily high, between 80 per cent and 90 per cent.¹⁵⁸**
- **The incidence of suicide amongst men 80 years of age and older is the highest of any age group (31 per 100,000).¹⁵⁹**
- **Dementia affects approximately 8 per cent of all people aged 65 and over, and almost 35 per cent of**

¹⁵⁵ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

¹⁵⁶ Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

¹⁵⁷ Canadian Coalition on Seniors’ Mental Health (CCSMH) brief to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, p. 4.

¹⁵⁸ Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Interim Report on Mental Health Mental Illness and Addictions in Canada*, 2004, p. 88.

¹⁵⁹ CCSMH brief, *op. cit.*, p. 5.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

persons aged 85 and over. It has been estimated that by 2031, over 750,000 Canadians will have Alzheimer's disease and related dementias (up from 364,000 in 2003).¹⁶⁰

In her testimony to the Committee, Judy Cutler noted that there is currently no comprehensive strategy for addressing mental health issues in Canada, including those that affect seniors in particular:

"As well, a national mental health strategy as outlined in the Kirby-Keon report would contribute to the health and quality of life of caregivers and care recipients. It is unconscionable that Canada is the only G8 country without such a strategy to serve millions of those suffering from mental illnesses. We are concerned about the aging of the mentally ill, whose needs are specific, unique and ignored."¹⁶¹

This points to the way that mental disorders experienced by older adults may differ from those experienced by younger people, which can make accurate diagnosis and treatment difficult. For example, depression is often under-diagnosed and under-treated because it is confused with or masked by other problems, or because the observed symptoms are considered to be part of the normal aging process. In addition, seniors typically have co-morbidities which complicate issues of assessment and treatment.

And, as Margaret Gillis told the Committee:

"Similarly, Alzheimer's disease and related dementias represent a crucial health issue among seniors, their families and caregivers. We now have evidence that early intervention can delay progress of the disease."¹⁶²

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ Judy Cutler, CARP - Canadian Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

¹⁶² Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

Timely diagnosis can allow for the use of effective therapies which can slow the progress of Alzheimer's disease, reduce excess disability caused by depression and anxiety, and allow for patients with treatable conditions to regain their quality of life and prevent or delay long-term care placement. However, the diagnosis of dementia can be complicated because there are other disorders that coexist with Alzheimer's disease or have similar features to it.

5.6 Palliative Care

Palliative care "offers the relief of pain and other symptoms; it seeks to meet not only the physical needs but also the social, psychological, emotional, and spiritual needs of persons with terminal illness, their families, caregivers and other loved ones."¹⁶³ Palliative care may be received at home, in a hospital, in long-term care facilities, or in hospices.

There are several dimensions to adequately addressing palliative and end-of life care issues for seniors. A 2004 poll indicated that 90 per cent of Canadians wish to remain in their own homes during the final stages of life, yet about 75 per cent of deaths today still take place in hospitals and long-term care facilities.¹⁶⁴ There is a shortage of health care professionals trained in palliative care and in geriatric medicine. Caregivers who are offering palliative and end-of-life care also require ongoing training and support, as only 6 per cent of informal caregivers feel they can adequately care for their loved ones without additional support.¹⁶⁵ New indicators and data need to be developed to better measure palliative and end-of-life care.¹⁶⁶ Across the country, programs and services available to those at end-of-life vary from jurisdiction to jurisdiction, as do the eligibility criteria for those services.

¹⁶³ National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1991, p.35.

¹⁶⁴ Canadian Hospice Palliative Care Association, Fact Sheet, September 2004.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada: 2006 Report Card*, 2006, p.25.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

One of the most important initiatives to support Canadians at end-of-life was the implementation of the Compassionate Care Leave Benefit¹⁶⁷ under the *Employment Insurance Act* in 2004. Human Resources and Social Development Canada (HRSDC) pointed out to the Committee that the government had recently expanded the definition of "family member" to make it easier for Canadians to take advantage of the benefit. However, there are still a number of deficiencies with the program, especially in regards to the length of the benefit and the qualification that the gravely-ill individual is at risk of dying within the next six months. Officials from HRSDC indicated that research is currently ongoing within the Department on compassionate care and other issues regarding caregiving, such as respite care.

"For many of those issues, you really would have to take a different approach to it, rather than the EI vehicle itself. Our sense is we may have gone as far on the Employment Insurance vehicle as we can. When you look at these broader issues, it might make sense to look at a broader set of instruments."¹⁶⁸

Witnesses before the committee pointed to the Veterans Affairs Canada palliative care program for at-home care as a potential model of palliative care. Veterans Affairs Canada reported that it is currently undergoing a health-care program review and will be examining how the department handles end-of-life care interventions to ensure a comprehensive approach to the handling of their clients needs in this area. As part of the health-care review, they "want to look at what are the necessary interventions at the right place and time, as opposed to looking at criteria based on eligibility that is largely driven by entitlement as opposed to need."¹⁶⁹

"Oftentimes these palliative cases do not have a particular time frame associated with them. The

¹⁶⁷ The Benefit provides up to six weeks of paid leave to qualified persons who may need to leave work to provide care or support to a gravely-ill family member who is at risk of dying within six months.

¹⁶⁸ Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

¹⁶⁹ Bryson Guptill, Veterans Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

expectation might have been that someone would only be living for a short period of time. In some cases, they lived longer. You cannot have an artificial time limit around palliative care in those situations. I am pleased to say we have been very flexible in our policy in that sense. Our intention would be to help people in the home environment in any cases where it is possible. That sometimes is restricted..."¹⁷⁰

5.7 Caregiving, Paid and Unpaid Caregivers

Unpaid Caregivers

The aging population is translating into an increased requirement for individuals to care for family members or friends who have chronic health problems or disabilities. As people age and they deal with various health conditions, they will require some type of assistance with housework, personal chores, or health-related home care services. For some, this caregiver role is filled by a spouse, a family member, or a friend. Caregiving can range from a few hours a week to round-the-clock care. These informal caregivers are a vital part of the health care system, both for seniors at home and in institutional care. They provide about 80 per cent of all home care to seniors living in the community and up to 30 per cent of services to seniors living in institutions.¹⁷¹

"In 2002, more than 1.7 million adults aged 45 to 64 provided informal care to almost 2.3 million seniors with long-term disabilities or physical limitations. Roughly equal numbers of men and women aged 45 to 65 are involved in informal caregiving. Women are more likely to be high intensity caregivers, while men work longer hours at paid employment. Yet most of these caregivers are also in the labour force,

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ National Advisory Council on Aging, 1999 and *Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1999, p. 40.

with 70 per cent being employed. Just under half of these employed caregivers were women. One third of male caregivers spent one hour or less per week providing care compared with less than a quarter of women. Women are more likely to spend four or more hours per week.”¹⁷²

Being a caregiver presents physical, mental, emotional, and financial challenges to the caregivers themselves, particularly those who balance caregiving and paid employment.

“Two thirds of women and nearly half of men who combined more than 40 hours of employment with four or more hours of caregiving per week experienced substantial job related consequences such as reduction in hours or income or change in work patterns.”¹⁷³

Witnesses pointed out that Canada’s informal caregivers, many of whom are seniors themselves, also need support.

“The added responsibility of informal caregiving can lead to physical and mental exhaustion and have a detrimental effect on the health of caregivers. Lack of formal supports can lead to burn out, causing caregivers to withdraw from caregiving. This, in turn, can lead to higher rates of institutionalization for seniors. In any case, future generations of seniors will not be able to count on large families to provide personal care and will likely be more reliant on public services.”¹⁷⁴

To offset the physical, mental, emotional and financial challenges faced by caregivers, CARP – Canada's Association for the Fifty Plus has called for a national respite program and a national home care

¹⁷² Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

program "that includes chronic and community non-medical care with government transparency and accountability."¹⁷⁵

To enable caregivers to balance work and caregiving, CARP also recommended establishing policies for flexible work hours and reasonable leaves of absence. Where there is a need for a substantial leave of absence from work to provide elder care, they suggested income protection similar to that of the Compassionate Care Leave Benefit under the *Employment Insurance Act* and for amendments to the Canada Pension Plan similar to those extended to new parents. CARP also noted the difficulty faced by caregivers in re-entering the workforce once caregiving has ceased and noted the "need to have post caregiving support systems to help build or rebuild skills and build confidence for a successful transition back into life and into the labour market."¹⁷⁶

Witnesses advised the Committee to be mindful of the importance of informal social supports such as food sharing in Aboriginal communities. "In Aboriginal communities, informal support is given by the cooperative nature of many communities and is fundamental to allowing seniors to stay in those communities."¹⁷⁷ Officials from Health Canada echoed the importance of families and the informal care system for elderly aboriginal Canadians, stating that their research indicates that some caregivers are caring for up to five relatives each day, requiring a system that supports both the clients and their families.¹⁷⁸

Paid Caregivers

According to Anne Martin-Matthews, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research's Institute of Aging, there are approximately 32,000 individuals, primarily women, providing home support care such as bathing, feeding, toileting and dressing to

¹⁷⁵ Judy Cutler, CARP - Canadian Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Mark Buell, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

¹⁷⁸ Shelagh Jane Woods, Health Canada, Evidence, December 4, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

seniors. Many have little training and are paid on a per-visit basis to a home.¹⁷⁹ Unfortunately, as Sandra Hirst stated to the Committee, "there is no consistent standard of care nationally as to how we actually give physical, psychological and emotional care to older adults."¹⁸⁰

Furthermore, many personal care workers without any education or training are hired by families, nursing homes and long-term care institutions to assist seniors. According to Lynn MacDonald, Scientific Director of the National Initiative for Care of the Elderly, many "are being paid under the table; are not being paid minimum wage; are hidden much of the time; and would likely belong to the cadre that you are speaking of that require a great deal of education."¹⁸¹

"In considering the education aspects, we have to respect how important it is in relation to professionals. Over the next 10-15 years, we will need an additional 32,000 home support workers to meet that future need. Yet, we are not recruiting to those fields. The minute people have sufficient training; they go to work for long term care facilities, where they can have continuity of payment. They know what job they will do from day to day. The way in which the delivery of home support services is structured, they cannot know what job they will do each day or where it will be done. I would like to plea for recognition of that full continuum of workforce that we need in respect of our aging population."¹⁸²

¹⁷⁹ Anne Martin-Matthews, Institute of Aging, Evidence, December 11, 2006.

¹⁸⁰ Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

¹⁸¹ Lynn MacDonald, National Initiative for the Care of the Elderly, Evidence, December 11, 2006.

¹⁸² Anne Martin-Matthews, Evidence, December 11, 2006.

5.8 Long-Term Care, Continuing Care and Home Care

In general, long-term care facilities provide living accommodation for people who require on-site delivery of 24-hour, 7-days-a-week supervised care, including professional health services, personal care and services such as meals, laundry and housekeeping. Long-term, facilities-based care is not publicly insured under the *Canada Health Act*. The Committee was told that,

"From a facility perspective, there is no clear definition of long-term care nationally. Each province and territory employs different terms to describe the experience. The staffing requirements and legislation that governs these facilities differ across Canada."¹⁸³

This also means that, across the country, jurisdictions offer a range of services and cost coverage. Consequently, there is little consistency across Canada in what facilities are called (e.g., nursing home, personal care facility, residential continuing care facility, etc.), the level or type of care offered and how it is measured; how facilities are governed or who owns them.¹⁸⁴

To deal with those inconsistencies, the Royal Canadian Legion indicated that it has been advocating for national standards of long-term care. "When seniors and veterans face the reality of transitioning to those facilities, there should be a well-defined level of care, which should be the same whether they reside in Newfoundland and Labrador or British Columbia. Seniors should be covered by a seniors' bill of rights to establish national standards of care, benefits and services."¹⁸⁵

The Committee heard that most older people will not enter institutional care. According to the International Federation on Ageing,

¹⁸³ Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

¹⁸⁴ This description of long-term care is taken from the website of Health Canada at:
www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index_e.html

¹⁸⁵ Jack Frost, Royal Canadian Legion, Evidence, December 11, 2006.

only "One in seven people over the age of 75 in developed countries are likely to go into some institutional care." The National Advisory Council on Aging provided a portrait of the long-term care situation in Canada:

"Approximately 7 per cent of all seniors and as many as 40 per cent of the very old, presently reside in long-term care facilities due to health problems. While future generations of seniors might be less prone to living in long-term care facilities, the sharp increase among very old seniors in years to come will place considerable pressure on long-term care systems. Increasingly, these facilities are called on to care for seniors who are older and sicker than they were in the past. The organization and funding of health care, as well as the hiring, training, and remuneration of health personnel, must adjust to this new reality."¹⁸⁶

The care required in long-term care facilities is indeed changing, becoming more demanding and complex. The Canadian Association on Gerontology noted: "we are asked to provide care to complex older adults who have a variety of needs. Older adults entering long-term care rarely present with one health issue. They have multiple concerns."¹⁸⁷ Instead of investments in personnel training and expansions in the staff teams at long-term care facilities, staff in many provinces have had to cope with cutbacks. "Where we had registered nurses, for example, we are now using licensed practical nurses – LPNs – or registered psychiatric nurses. Where we had LPNs, we are now using nurse's aides, because of funding."¹⁸⁸

The increasing ethnocultural diversity of seniors in long-term care facilities poses a challenge for some institutions, which can have difficulty understanding and adapting to the needs of seniors from

¹⁸⁶ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

¹⁸⁷ Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

¹⁸⁸ *Ibid.*

Embracing the Challenge of Aging

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

different ethnocultural backgrounds. Douglas Durst told the Committee that for these seniors, even beyond immediate issues of language, diet, and customs, "...attitudes about receiving and accepting help, dependency, self sufficiency, and so on, are different, as is wanting and asking for help from professionals..."¹⁸⁹ Culture-specific facilities were identified by the Canadian Association on Gerontology as a possible solution to providing culturally-adapted, facility-based care.

An emerging subgroup of older adults in society and long-term facilities is adults with intellectual and developmental disabilities. The Canadian Association on Gerontology told the Committee that, "We have populations now in their 40s who are demonstrating Alzheimer's-like symptoms. By the time they reach 60, at least 50 per cent of individuals who have Down Syndrome will develop Alzheimer's-like symptoms." As their families age, these adults are admitted to long-term care. "Regardless of the setting in which care is delivered, this subgroup of our senior population will warrant our attention."¹⁹⁰

A number of witnesses suggested that a national home care program could be a cost-effective way of delivering medical services to seniors that contributes to their quality of life. As with long-term care, "Every province and the territories have different home care programs all with different eligibility programs, different levels of care, different amounts of care, and so forth. The different programs create a patchwork quilt across the country. We have advocated for a national home care program with standards and with the provision of core services comparable from province to province..."¹⁹¹ CARP specified that a national home care program should include chronic care and home and community support services, and not be restricted to acute care and medical care.

¹⁸⁹ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

¹⁹⁰ Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

¹⁹¹ Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

Jane Barratt of the International Federation on Ageing provided the example of Australia as a model for the development of a national home care program.

"I was intimately involved with a national home care program that was equitable across the provinces. The program had national standards that were met through consensus with the provinces and had accreditation with the approved providers. Services ranged from community-aged care packages — packages of care that were worked out with the person receiving the care and their family in the home — right up to what were called "EACH" packages, or Extended Aged Care in the Home. Those packages were more detailed and had intensive nurse care. I am aware of and have been closely involved with national programs that have a track record of 15 years. They extended to rural and remote areas, the indigenous population and culturally specific programs called culturally and linguistically diverse — CALD — programs in different languages."¹⁹²

Within Canada, the New Brunswick Extra-Mural Program (known by many as the 'hospital without walls') was suggested by the National Advisory Council on Aging as an innovative model for the delivery of comprehensive home health care services.

The Committee heard that the greatest current weakness in home care services across the country is the provision of home support services delivered primarily by non-professional or paraprofessional workers that provide most of the paid home care services in the country.

"This particular cadre of individuals are perhaps the lowest paid, work with the fewest benefits, often pay for their own training, in some provinces pay

¹⁹² Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

their own travel expenses, and so on. Yet these people are relied upon to provide the bulk of home care services. ... It is critical that this group of individuals be an integral component of a national home care program. When we think of home care, we tend to think of professional services but paraprofessionals are the bedrock of the home care programs."¹⁹³

The lack of a national human resources strategy and training standards for this sector has a significant impact on the quality of care from one region to another.

"There is an urgent need for a national human resources strategy in home care across the country because the supply and distribution of home care workers varies tremendously across the country. Many provinces are recruiting from out of country to try to enlist home care workers in Canada. That supply and distribution is critical to an equitable provision of services across the country within the home care sector itself."¹⁹⁴

5.9 Strengthening the Gerontological / Geriatric Healthcare Workforce

As the population ages, there will be an increasing demand for healthcare professionals and medical specialists to treat seniors.

Recent consultations with seniors' organizations by the National Institute of Aging found that the top health issues for seniors included training in standards of practice for clinicians who work with older adults, and access to age-appropriate health service, which is limited by the acute shortage of geriatrics specialists.¹⁹⁵ "We need more

¹⁹³ Taylor Alexander, CARP – Canada's Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

¹⁹⁴ *Ibid.*

¹⁹⁵ Anne Martin-Matthews, National Institute of Aging, Evidence, December 11, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

people dedicated to careers in geriatrics and gerontology, and to basic research on the biological aspects of aging, all with the goal of improving health services delivery to an aging and elderly population."¹⁹⁶

For example, the Committee heard that in 2000-01, seven medical students went into geriatric medicine in the entire country.¹⁹⁷ In 2000, there were 144 geriatricians in Canada, compared to an estimated 481 that were needed. By 2005, the number of geriatricians had risen to 191, but was still far short of the 538 that were estimated to be needed in 2006.¹⁹⁸

Compounding the challenge of the existing shortage is that the current healthcare workforce is itself aging, and recruitment numbers are not meeting current or projected demand. The Canadian Association on Gerontology reported to the Committee that already, "The average age of a registered nurse in this country is close to 50." Attracting young people to the field of aging was a challenge mentioned by a number of witnesses.

Lynn McDonald cited a lack of professional training and education in geriatric medicine, gerontological social work and gerontological nursing as a key impediment to attracting and producing the number of health professionals needed. Beyond gerontological and geriatric specialists, the incorporation of interdisciplinary geriatric education into the core education program of all health professionals would improve the ability of the health care field on the whole to offer age-appropriate services.

Finally, Anne Martin-Mathews suggested that finding a way to recognize the credentials of immigrants with health care training would also help alleviate the shortage of health care professionals.

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

¹⁹⁸ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p.19.

5.10 Questions for Further Study

- What cost pressures can be anticipated on long-term care and formal care services, and what can be done to mitigate or best meet those needs?
- Are health promotion efforts getting the priority they deserve compared to health care or other issues?
- Are falls prevention initiatives having an effect in reducing the number of falls in recent years, and have they explored the role of complex medical interactions in falls?
- What is being done, and what needs to be done, to reduce the higher rates of chronic illnesses among Aboriginal populations, and aboriginal seniors?
- Have promising practices been implemented to reduce medication-related complications and interactions? What measures are in place to avoid negative drug interactions with both prescription and over-the-counter medications?
- What would be the costs and advantages of a national, comprehensive, publicly-insured or publicly-privately-insured prescription plan as recommended by the National Advisory Council on Aging?
- What early interventions should be taken to delay progress of mental illness among seniors? What action is being taken by the government in response to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology's report *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*, including issues related to seniors' mental health?
- What changes are being proposed to the Veterans Affairs Canada model of palliative care, and should it be considered as a template for a broader program for all Canadian seniors?
- What would be the costs and advantages of a national respite program and a national home care program as recommended by witnesses?

- How can better recruitment, training, support and employment conditions be provided to the paid homecare and home support sector?
- Is any work being done on establishing national standards of care for long-term care facilities or home care?
- What is being done to meet the anticipated need for geriatric and gerontological health professionals?

6. Housing and Transport

Appropriate services and infrastructure can help seniors maximize their independence and quality of life as they age. Seniors today require a broad range of housing options that reflect their personal preferences and meet their physical, mental and social needs. In addition, access to transportation can play a significant role in maintaining seniors' independence, social networks and quality of life.

The National Advisory Council on Aging recommended increased funding for affordable housing and public transit, "in both rural and urban areas because housing and transportation are key to seniors' autonomy and social participation -- two ingredients that benefit Canadian society as a whole."¹⁹⁹

A wide range of terms are used in different jurisdictions and among different researchers and stakeholders to identify the variety of housing arrangements and non-medical support services available for seniors. For the purposes of this interim report, we look at housing, home and community support services, assisted living and supportive housing.

6.1 Housing

In 2001, there were a total of 2.4 million senior-led households in Canada. The vast majority of seniors – 93 per cent – lived in private

¹⁹⁹ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

dwellings, with the remaining 7 per cent residing in collective settings such as health care institutions, shelters, religious establishments and others. Among seniors over 75, the number living in collective dwellings is higher at 13 per cent, down slightly from 14 per cent in 1996.²⁰⁰

A significant difference between senior and non-senior households can be found in the rate of persons living alone. Among senior-led households, 43 per cent were persons living alone, compared to 21 per cent of non-senior households. The majority of seniors living alone were women, and those who lived alone were most likely to be renters.²⁰¹

The Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC) reported to the Committee that most seniors in Canada are well-housed, meaning that their housing is in adequate condition, suitable in size to meet their needs and affordable, requiring less than 30 per cent of their pre-tax household income. "Over two thirds of senior-led households own their own home, 85 per cent of these home owners are mortgage free and 57 per cent of them live in single detached dwellings."²⁰²

There were, however, 17 per cent of senior households who lived in 'core housing need' in 2001, a slight decrease from 18 per cent in 1996, but still higher than the non-senior household rate of 13 per cent.²⁰³ 'Core housing need' refers to households that are crowded, in poor condition or did not have affordable shelter. Affordability was the main reason why Canadian senior households fell into core housing need.²⁰⁴ Affordability problems were four times more common with

²⁰⁰ Canadian Mortgage and Housing Corporation, *Research Highlight Socio-Economic Series*, "2001 Census Housing Series: Issue 9 Revised The Housing Conditions of Canada's Seniors," April 2005.

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

²⁰³ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

²⁰⁴ Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

senior renters than with senior homeowners, and also disproportionately affected seniors living alone.²⁰⁵

The National Aboriginal Health Organization emphasized the particular housing challenges facing Inuit seniors. Up to 31 per cent of senior-led Inuit households faced core housing need in 2001.²⁰⁶

"Regarding housing, Inuit seniors are especially affected, as they must either live within their children's multi-generation crowded homes or have other family members move into their small subsidized residences. Inuit seniors in Northern Canada live within a fragile infrastructure which impacts on housing and the high cost of living threatens their already minimal income."²⁰⁷

Seniors with disabilities, recent senior immigrants, and the broader Aboriginal senior population also have higher levels of core housing need than their non-senior counterparts.

The most pressing current housing issues facing seniors, according to CHMC, are "housing affordability, the need for more housing options, and the coordination of housing with services that support independent living."²⁰⁸ These points echoed remarks made to the Committee by Robert Dobie of the National Advisory Council on Aging, who highlighted the urgency of investments in social housing.

"The lack of investment in social housing is another issue that must be considered. Many seniors cannot afford upscale private "adult lifestyle" or retirement

²⁰⁵ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

²⁰⁶ *Ibid.*

²⁰⁷ Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

²⁰⁸ Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

homes. Seniors' housing developments should not focus on "the gold in the grey" only."²⁰⁹

CMHC provides federal funding for 633,000 social housing units, of which about one third are occupied by seniors. The agency told the Committee that it is currently working with provinces and territories on the delivery of the \$1 billion Affordable Housing Initiative, with most provinces "using a portion of that funding for affordable rental housing for seniors, including supported housing."²¹⁰

CMHC also indicated that it spends "about \$2 billion a year in support of the existing housing stock. Most of that money actually is transferred to provinces for the administration of existing public and social housing units."²¹¹

As well, CMHC offers programs for residential rehabilitation and home adaptations to reduce the costs of repairs and minor home adaptations that allow seniors to stay in their homes longer. However, the need for these in the future could be greatly reduced if the most recent building standards and designs are used in new constructions.

"The National Building Code actually has accessibility standards within them, so to the extent that the National Building Code is adopted by provincial agencies as their building code, or is adapted to meet their needs, a certain level of accessibility will apply. I also mention a concept that CMHC has developed over the years and we call it Flex Housing. The idea is that the design and construction of the house will allow that house to grow with its occupants. So as the family grows, the number of rooms in the house can expand as the family; as the kids leave, those rooms can contract. But also, if you are careful about how you design hallways and doorways and the positioning of

²⁰⁹ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

²¹⁰ Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

²¹¹ *Ibid.*

bathrooms, as the family ages you can accommodate varying degrees of disability."²¹²

6.2 Home and Community Support Services

The Canadian Association on Gerontology told the Committee that, "The vast majority of seniors wish to live in their own homes... Aging in place is a preferred future, but it should not be defined by financial means or physical limitations or capabilities. Opportunities must be provided for all seniors to have access to services such as mowing the lawn, snow shovelling and grocery delivery that will support their ability within their own homes, and will support the choices they want to make."²¹³ A national home care program that expanded seniors' choice of living arrangements was recommended by the Canadian Association on Gerontology.

The Committee heard that both seniors and public services benefit from programs supporting aging in place. The National Advisory Council on Aging indicated that keeping seniors at home and in their setting as long as possible with the support of support services or assisted living programs is "much cheaper, a third of the price and quality of life is so much better," compared to institutionalization. The Royal Canadian Legion recommended the creation of a needs-based 'Seniors Independence Program' for all Canadian seniors, modelled after the Veterans Independence Program (VIP) that is offered by Veterans' Affairs Canada. The VIP provides "personal care, housekeeping and grounds maintenance in order to help veterans and their survivors remain healthy and in their own homes to the extent possible and for as long as possible."²¹⁴ The Legion suggested that such a program, extended to all Canadian seniors, could "...reduce the hospital expenditures for hospitalization and long-term care."²¹⁵

Ensuring that immigrant families have the support and resources needed to care for seniors at home also requires attention. Douglas

²¹² *Ibid.*

²¹³ Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

²¹⁴ Bryson Guptill, Veterans Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

²¹⁵ Jack Frost, Royal Canadian Legion, Evidence, December 11, 2006.

Durst told the Committee, "Reaching that population of family reunification immigrants and making sure they get adequate support and care while they are still in their family, is one method whereby we can make sure they have a high standard of life, high quality of life, and, in fact, will have less demand on the services later."²¹⁶

In terms of services to the Aboriginal population, Health Canada reported that 95 per cent of First Nations and Inuit have access to basic home care services through the First Nations and Inuit Home and Community Care Program which was created seven years ago. This program serves seniors, persons with disabilities and persons suffering from chronic illness, with 50 per cent of its clients last year over age 65. It is Indian and Northern Affairs Canada (INAC), through its Assisted Living Program, that provides "non-medical social support services to First Nations people who have functional limitations because of age, health problems or disabilities, to help them maintain their independence, to maximize their level of functioning and to enable them to live in conditions of health and safety."²¹⁷

Indian and Northern Affairs Canada reported that they are working closely with Health Canada and co-funding a "multi-stakeholder initiative for developing a national policy program and program framework for continuing care, of which assisted living is an integral part."²¹⁸ The goal of this initiative is to develop a seamless approach to the delivery of services provided by Health Canada, INAC and, in some instances, provincial departments.

Witnesses, however, suggested that support services for Aboriginal seniors were inadequate in many cases. Douglas Durst cited cases of Aboriginal persons in poor health leaving a reserve to come to the city for formalized medical services and hospital care, but then returning home, where "there is a reoccurrence of the same kinds of issues and problems."²¹⁹ Inadequate medical and support services on reserves can exclude Aboriginal seniors from the benefits of living at home with

²¹⁶ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

²¹⁷ Havelin Anand, Indian and Northern Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

²¹⁸ *Ibid.*

²¹⁹ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

their family. The Committee heard from the National Aboriginal Health Organization that, "In reality on reserves, you do not have the support. You do not have the doctors, nurses or support system to give that care at home. The ability to provide nutritious meals and so on sometimes is not doable."

6.3 Assisted Living and Supportive Housing

As people age, there is often a gradually increasing need for assistance with daily activities to support independent living. Between the two poles of independent living and institutional living there are a wide range of settings which combine independent housing with support services.

The terms used to describe these settings often vary from one province or region to another, and even when the same term is used, its definition may differ. Two of the most frequently used terms are 'assisted living' and 'supportive housing.'

According to the Public Health Agency of Canada, the term 'assisted living' refers to supportive housing, congregate housing, and other settings which offer personal care as well as housekeeping, laundry, meals, and recreational opportunities. "Retirement homes, residential care homes and assisted living facilities vary in location, size, price, amenities, programs and services. The mix of staff and residents also contributes greatly to the 'personality' of each place."²²⁰

Similarly, CMHC describes 'supportive housing' as "the type of housing that helps people in their daily living through the provision of a physical environment that is safe, secure, enabling and home-like and through the provision of support services such as meals, housekeeping, and social and recreational activities. It is also the type of housing that allows people to maximize their independence, privacy,

²²⁰ Canadian Health Network, Public Health Agency of Canada. "I want to stay as independent as I can. What are some options for seniors' housing besides nursing homes or other facilities?" consulted online, January 2007.

decision-making, and involvement, dignity and choices and preferences."²²¹

The National Advisory Council on Aging emphasized to the Committee that this type of housing is a topic requiring attention.

"There is also a need to develop alternatives to institutionalization such as supportive housing and assisted living. Supportive housing and assisted living can serve as an intermediate solution for seniors who require more care than is possible to provide at home, but less than that provided in extended care facilities. ... Planning for an aging society calls for an inter-sectoral approach that combines health care, social services and housing. There are a number of good examples in Canada of integrating housing within a continuum of care for seniors."²²²

The Committee heard that non-profit community organizations, religious and cultural groups are increasingly applying for and building various residential facilities for seniors. "Some of them are intergenerational with a variety of health care needs, and they have been quite successful,"²²³ as many are able to offer a less expensive alternative to private, personal care homes.

The Royal Canadian Legion told the Committee that it has operated a housing program since the 1980s. The biggest challenge its branches face in launching a new housing project is, "...meeting the mandatory equity requirements to qualify for Canada Mortgage and Housing Corporation insurance. The challenge is because of the more stringent insurance criteria CMHC is imposing for small corporations. This results in increases in the loan-to-equity ratio for small projects. Unfortunately, a small equity gap of \$150,000 on a \$3 million project could be the only obstacle preventing a project from securing

²²¹ Canada Mortgage and Housing Corporation, *Supportive Housing for Seniors*, 2000.

²²² Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

²²³ Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

construction funding."²²⁴ The Legion proposed the creation of a small revolving fund which would offer gap financing loans with a 5-year deferral on repayment as a potentially self-sustaining tool that would allow smaller residential development projects to get started. An increase in the stock of affordable, supportive housing through projects such as these would ultimately reduce the strain on healthcare and long-term health funding, the Legion suggested.

6.4 Transportation

One of the factors contributing to seniors' well-being, along with health, independence and financial security, is the opportunity to socialize and have meaningful contact with others. Although transportation needs vary with geographic location and health status, transportation options play a key role in giving seniors access to services and activities which can prevent isolation and promote well-being. Transportation issues are particularly significant for seniors in rural and remote communities, where public transit is not as widely available, as well as for the increasing number of seniors living alone, who are at greater risk of isolation.

While almost all seniors have 'theoretical' access to transportation, through their own vehicle, public transit, taxis or the assistance of a friend or family member, the actual level of mobility – the ability to go when and where an individual wants – varies considerably from one individual to another. Data from Statistics Canada's 2005 General Social Survey suggest that many seniors were limited in their social activities because of a lack of access to transportation, and that when access to transportation is inadequate, it can translate into negative consequences for seniors' lives, including a lesser probability of getting out of the house, and a lesser probability of having done volunteer work in the preceding year. Seniors living in rural areas were most likely to have limited access to transportation.²²⁵

²²⁴ Jack Frost, Royal Canadian Legion, Evidence, December 11, 2006.

²²⁵ Martin Turcotte, "Seniors' access to transportation" in *Canadian Social Trends*, December 2006, pp.43-50. Statistics Canada Catalogue No. 11-008.

This is despite significant improvements in the number of senior households with a vehicle between 1999 and 2003. The rate increased most substantially for senior women living alone, from 41 per cent to 50 per cent, and for couples, from 84 per cent to 92 per cent.²²⁶

In 2003, 67 per cent of seniors had a driver's licence (86 per cent of men and 52 per cent of women), a 2 percentage point increase from 2000.²²⁷ The Committee heard that the issue of driving cessation has a large psychological impact on the perception of mobility. "It is interesting that when people come to the point of no longer being able to drive, they see that as the end of being able to be independent and mobile." Some witnesses suggested that there was a need for education of seniors and private sector transportation providers on the availability of services and possible adaptations which might increase the accessibility of taxi services to seniors, such as, "having certain kinds of service on off-peak times, or for set distances that you can go."²²⁸

The Canadian Association on Gerontology described a system in the United Kingdom whereby a senior can pay gas costs for a neighbour who volunteers to provide transport. It was one example of a variety of models that could serve as examples for Canada.

According to the National Advisory Council on Aging, seniors make up 10 per cent of the national public transit customer base, with the percentage as high as 30 per cent in smaller communities.

6.5 Questions for Further Study

- Does the growing rate of seniors living alone have implications for the type of housing stock that will be required in the future?
- What needs to be done to reduce the incidence of core housing need among Inuit seniors, seniors with disabilities, recent senior immigrants, and the broader Aboriginal senior population?

²²⁶ National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p.42.

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ Anne Martin-Matthews, Institute of Aging, Evidence, December 11, 2006.

- How much of CHMC funding transferred to the provinces is going towards the creation of affordable housing for seniors?
- Does more need to be done to encourage the use of Flex Housing designs in home construction?
- Could the 'Veterans Independence Program' operated by Veterans Affairs Canada be extended to all Canadian seniors?
- What should Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada be doing to improve support services for First Nations seniors on-reserve?
- What are the most effective models for integrating housing within a continuum of care for seniors?
- Beyond addressing the equity requirements for CMHC insurance, what should the government be doing to facilitate the creation of seniors' residential development projects, especially by community groups and small, local developers?
- What are some innovative models for improving seniors' transportation options, especially in rural and remote areas?
- Transportation, housing, and social services are areas of provincial jurisdiction. What role could or should be played by the federal government in these areas?

7. Intergovernmental and Federal Interdepartmental Cooperation and Coordination

The diverse aspects related to seniors (health, income, work, etc.) do not fit neatly within the jurisdiction of any level of government, but cross over the federal, provincial/territorial and municipal levels. Even within the federal level of government, programs for seniors cross several departmental lines. For example, the meeting this Committee held with federal government departments to understand the range of programs provided to seniors brought together eight (8) departments.

This section will provide a summary of the evidence on the range of federal programs and services for seniors; the population groups under federal responsibility; federal interdepartmental co-ordination; the co-

ordination of programs, services and information between jurisdictions; and Canada's role and obligations as part of the 2002 *Madrid Plan of Action on Ageing*.

7.1 Federal Programs and Services for Seniors

"Seniors and aging are broad horizontal issues and they are a fundamental part of the federal agenda."²²⁹

Aging and seniors issues fall within the mandates of a number of federal departments and agencies. The federal government plays a variety of significant roles in regards to seniors, including the dissemination of information, facilitation of dialogue among other levels of government and with international bodies, and the direct provision of service to a number of population groups. In addition, as the largest employer in Canada, the federal government can play a leadership role in workplace and pension accommodations for senior workers.

At the time of the Committee's hearing, the Committee heard that the Minister of the Department of Human Resources and Social Development Canada was also the Minister for seniors. A Secretary of State for Seniors was appointed in January of 2007.

Some of the key activities of federal government departments in the area of seniors and aging include:

Human Resources and Social Development Canada (HRSDC) is the lead department with respect to seniors' issues within the federal government. Its specific responsibilities include pensions, income support and income security, and the New Horizons for Seniors Program, which provides funding for community-based projects across Canada. HRSDC is also responsible for literacy and lifelong learning and support for older workers, and, through Service Canada, prepares the Guide to Government of Canada Services for Seniors.

²²⁹ Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

Officials informed the Committee that a national cost-shared program with the provinces and territories called the Targeted Initiative for Older Workers had recently been announced to "help unemployed older workers remain active and productive participants in the labour market while their communities undergo adjustment."²³⁰ The Committee also heard that the Department is undertaking "some feasibility work around longer-term approaches towards older workers."²³¹

Public Health Agency of Canada – Division of Aging and Seniors deals with health issues related to aging and seniors. The agency currently focuses its resources on four main areas: active aging, emergency preparedness, mental health and falls prevention. It also provides operational support to the National Advisory Council on Aging. The Agency has made efforts to ensure that emergency planning incorporates the needs of seniors. The Committee has heard that "the agency will host an international workshop on emergency preparedness and seniors in Winnipeg in February 2007, with 100 world experts and seniors, to develop a blueprint for action and to influence changes to emergency preparedness policy and practice in order to better integrate seniors' contributions and needs."²³²

In the area of active aging, the Public Health Agency is working with the World Health Organization and other international and domestic partners on a global initiative to foster the development of age-friendly cities that promote active aging and focus on seniors. The Committee heard that "thirty-four cities, including four Canadian cities — Portage la Prairie, Manitoba, Saanich, British Columbia, Sherbrooke, Quebec, and Halifax, Nova Scotia — are participating in this initiative."²³³

Health Canada – First Nations and Inuit Health Branch works with First Nations and Inuit communities in developing home and community care services. In addition, its Non-Insured Health Benefits

²³⁰ Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

²³¹ *Ibid.*

²³² Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

²³³ *Ibid.*

(NIHB) Program provides coverage for a range of goods and services to First Nations and Inuit persons when these services are not insured elsewhere. Key benefits delivered under the NIHB Program include pharmacy, dental services, vision care, mental health counselling and medical transportation to access health care services that are not available on-reserve or in the community where people live. The pharmacy benefit funds prescription drugs, some over-the-counter medications, as well as medical supplies and equipment, such as wheelchairs and hearing aids.²³⁴

Health Canada works with First Nations and Inuit communities in developing comprehensive home and community care services to assist people who have chronic and acute illnesses in receiving the care they need in their home or community. Departmental officials told the Committee that, "The First Nations and Inuit Home and Community Care Program experiences similar pressures to those of the provincial and territorial home care programs: increasing complexity of care needs to respond to multiple conditions as the served population ages and, of course, an increasing desire for home-based palliative care."²³⁵

Indian and Northern Affairs Canada provides an Adult Care Program which assists First Nations people with functional limitations to maintain their independence. It offers in-home supportive care, institutional care, and foster care.

Veterans Affairs Canada provides health care, caregiver support programs, disability pensions and income support for eligible veterans and their survivors. The Department told the Committee that it is in a unique position to consider the needs of and services for an aging population, as the average age of war service veterans is about 82 years of age. As a departmental official told this Committee, "the department has been a pathfinder in terms of programs it offers to an aging population."²³⁶ Veterans Affairs Canada delivers a

²³⁴ Leslie MacLean, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, Evidence, December 4, 2006.

²³⁵ Shelagh Jane Woods, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, Evidence, December 4, 2006.

²³⁶ Bryson Guptill, Veterans Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

comprehensive home care program (the Veterans Independence Program), a prescription drug program, and a long-term care program. The Department is currently undertaking an extensive and comprehensive health care review with a Gerontological Advisory Council, which is composed of expert gerontologists from all parts of Canada. The witness from Veterans Affairs provided the Committee with some of the preliminary recommendations of this Advisory Council, including the integration all of Veterans Affairs' health care programs into a single program with a common point of entry, and moving towards a needs-based approach rather than one based on entitlement.

The **Canada Mortgage and Housing Corporation** (CMHC) provides research and information on seniors' housing, as well as social housing contributions and renovation programs. The Committee heard that "CMHC is actively involved in research and information transfer activities that address housing challenges for seniors, as well as the possible solutions. This service includes documenting seniors' housing conditions, exploring innovative housing options and providing information to help seniors live safely and independently in their homes and communities."²³⁷

The **Treasury Board Secretariat** (TBS) supports the Treasury Board in its role as the general manager and employer of the federal public service. This is significant, as the Government of Canada is the largest employer in Canada. In his presentation to the Committee, the witness from the TBS spoke to the impact of the aging population for employees covered under the Public Service Superannuation Act (including employees in the federal public service, Crown corporations, the Canadian Forces and RCMP personnel). According to the Treasury Board Secretariat, "projections and recent experience do not point to a baby boomer exit rush from the federal public service in the immediate future. In fact, based on current trends, we estimate that retirements will increase from present levels, but will do so in a gradual and orderly manner over the next 14 years."²³⁸

²³⁷ Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

²³⁸ Dan Danagher, Treasury Board Secretariat, Evidence, December 4, 2006.

7.2 Population Groups Under Federal Jurisdiction

Even in areas of jurisdiction which are commonly relegated to the provincial level (including the provision of health services, social services, and labour affairs), the federal government has specific Constitutional responsibility for a number of population groups. The Committee heard evidence related to two of these population groups: Aboriginal people and veterans. The Committee also heard about the role of the federal government as Canada's largest single employer.

The population groups served by the federal government differ dramatically. On the one hand, the Committee has heard that the programs offered by Veterans Affairs to eligible veterans offer a range of services which could serve as a model for seniors programs in Canada. On the other hand, the Committee has heard disturbing testimony about the poor health status and living conditions of many of Aboriginal seniors, and the difficulty many Aboriginal seniors face in accessing services in cities as well as in rural and remote areas. In addition, the Committee heard that "there is a serious lack of good data on Aboriginal people; where they are, what they are accessing, what they are unable to access. Winnipeg is a great example; ten per cent of the population is Aboriginal but we do not know where they are, what they are doing, what they are accessing, what they cannot access."²³⁹ It is important to note that the meetings held by the Committee to date have provided limited opportunities for stakeholders from First Nations and Inuit communities to comment on the adequacy of programs and services provided by the federal government.

7.3 Interdepartmental Collaboration

In the meeting with federal government officials, it was difficult to access how successfully federal government departments were working together to provide cohesive policy-making around aging and seniors issues, and to ensure the seamless delivery of programs and services to seniors.

²³⁹ Mark Buell, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

The Committee heard that an interdepartmental committee usually meets three or four times a year, except when all departments are working together on a common project, as they are this year in the preparation of a review of the implementation of the *Madrid Plan of Action on Ageing* in Canada.

Certain departments work together on specific seniors-related initiatives. The Committee heard, for example, that Health Canada and the Department of Indian and Northern Affairs Canada are "co-funding a multi-stakeholder initiative for developing a national policy program and program framework for continuing care of which assisted living is an integral part. The objective of this work in the policy and program framework is to develop a seamless approach to the delivery of care services currently delivered by Health Canada, INAC and in some instances, the province."²⁴⁰

Some witnesses suggested that "having a minister involved and dedicated strictly to seniors"²⁴¹ would increase the cohesiveness of the federal government's approach to seniors. Other witnesses urged the Committee to carefully consider mixed results in countries which have taken the route of appointing a Minister responsible for seniors.

7.4 Federal / Provincial / Territorial Co-operation

The Committee has heard very little about how jurisdictional divisions of powers impact the range of services available to seniors. It has heard, however, that the Minister of HRSDC chairs a "forum of federal, provincial and territorial ministers with responsibility for seniors, which is currently focusing its work on elder abuse, healthy aging and social isolation."²⁴² The Public Health Agency is also using this mechanism to work with the provinces and territories to develop

²⁴⁰ Havelin Anand, Indian and Northern Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

²⁴¹ Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

²⁴² Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

an initiative that will "explore the age-friendly city factors in small, rural and remote Canadian communities."²⁴³

7.5 Impact of Internal Migration on Population Aging

When the working-age population is displaced within the country (either from rural to urban areas, or across regions) to find paid employment, the senior population is often left behind. This results in regional variations in population aging. The Committee has been cautioned to pay close attention to the implications of these regional variations. In his presentation, Dr. Byron Spencer noted that:

"The proportion in this so-called "seniors' group," 65 years and over, also varies unevenly across the country. That is one big concern, importantly, because of divided jurisdictions and jurisdictional responsibilities for health care expenditures. As we know, health care is already absorbing large fractions of provincial budgets; so the unevenness of this group matters a great deal."²⁴⁴

As the Committee continues its study, it could examine what, if any, role the federal government could play to address the uneven impact of population aging across the country.

7.6 Madrid International Plan of Action on Ageing,²⁴⁵ 2002

The United Nations Second World Assembly on Ageing was held in Madrid in 2002 and resulted in the development of the *International Plan of Action on Ageing, 2002*. Canada played an important role in the development of the Plan and was one of almost 190 countries to sign. The *International Plan of Action on Ageing, 2002* is meant to be a call to action for changes in attitudes, policy and practices to ensure that persons everywhere are able to age with security and dignity as

²⁴³ Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

²⁴⁴ Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

²⁴⁵ The United Nations uses the spelling "Ageing".

PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

full participants in society. The recommendations in the Plan are organized according to three priority areas for action: older persons and development; advancing health and well-being into old-age; and ensuring enabling and supportive environments.

Witnesses raised the *International Plan of Action on Ageing, 2002* as an important policy tool in developing programs and policies which ensure the full participation of seniors in our society.

"Is it time to consider using this plan as a framework for the future: An important national planning tool that addresses inequities across the provinces and creates the vehicle for social change where older persons will know intuitively that they are one of the keys to healthy and vibrant communities?"²⁴⁶

The Plan called for global monitoring, review, and updating. Witnesses before the Committee indicated that Human Resources and Social Development Canada was currently working, in collaboration with other federal departments, on the development of a report of Canada's progress under the *International Plan of Action on Ageing, 2002*.

"Countries have been asked to voluntarily review their progress made. Currently, we are assembling different departments and it is helpful to have you on this committee to know where we stand in terms of the progress made. We are making a decision to go forward, to report on progress and to listen to other countries to learn of measures taken abroad so that we are better informed. I believe that in February or March we will report to the United Nations."²⁴⁷

²⁴⁶ Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

²⁴⁷ Marla Israel, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

7.7 Questions for Further Study

- Should or could the federal government play a role in mediating the potentially uneven impact of health-related costs associated with the uneven distribution of older seniors among the provinces and territories? If so, how?
- How does the federal government coordinate its efforts with the provinces and territories in areas of shared jurisdiction?
- How well is the federal government providing for seniors for which it has jurisdictional responsibility, such as veterans, First Nations on reserve and the Inuit?
- Is there a role for the federal government in setting national standards in areas such long-term care, as has been proposed by several witnesses?
- How accessible is information about the Government of Canada's programs and services for seniors? Are communication tools being used by the federal government appropriate to the current cohorts of seniors?

Witness List

November 27, 2006

Statistics Canada

Pamela White, Director, Demography Division;
Laurent Martel, Analyst, Research and Analysis Section.

As an individual

Byron Spencer, Professor, Economics, McMaster University.

National Aboriginal Health Organization

Carole Lafontaine, Acting CEO;
Mark Buell, Manager, Policy Communication Unit.

National Advisory Council on Aging

Robert Dobie, Acting Chair.

As an individual

Douglas Durst, Professor, Faculty of Social Work, University of Regina.

December 4, 2006

Human Resources and Social Development Canada

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation;

John Connolly, Director, Partnerships Division, Community Development and Partnerships Directorate;

Marla Israel, Director, International Policy and Agreements, Seniors and Pensions Policy Secretariat.

Public Health Agency of Canada

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors.

Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch

Leslie MacLean, Director General, Non-Insured Health Benefits;
Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate.

WITNESS LIST

Indian and Northern Affairs Canada

Havelin Anand, Director General, Social Policy and Programs Branch.

Veterans Affairs Canada

Bryson Guptill, Director General, Program and Service Policy Division

Canada Mortgage and Housing Corporation

Douglas Stewart, Vice President, Policy and Planning.

Treasury Board of Canada Secretariat

Dan Danagher, Executive Director, Labour Relations and Compensation Operations.

Public Service Human Resources Management Agency of Canada

Cecilia Muir, Director General, Public Service Renewal and Diversity.

December 11, 2006

CARP – Canadian Association for the Fifty-plus

Judy Cutler, Director of Government Relations;

Taylor Alexander, Consultant in Aging Policy and Continuing Care.

Royal Canadian Legion

Jack Frost, Dominion President;

Pierre Allard, Director, Service Bureau.

International Federation on Ageing

Jane Barratt, Secretary General.

Canadian Institutes of Health Research

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging.

Canadian Association on Gerontology

Sandra P. Hirst, President.

National Initiative for the Care of the Elderly

Lynn McDonald, Scientific Director.

**Comité sénatorial spécial sur le
vieillissement
Premier rapport provisoire**

Relever le défi du vieillissement

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

Mars 2007

Pour plus de renseignements, prière de nous contacter
par courriel : age@sen.parl.gc.ca
par téléphone : (613) 990-0088
sans frais : 1 800 267-7362
par la poste : Le comité sénatorial spécial sur le vieillissement
Le Sénat, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0A4

Ce rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :
www.senate-senat.ca/age.asp

This report is also available in English

Table des matières

Membres	iii
Ordre de renvoi	v
Introduction	1

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS..... 5

1. Défi du vieillissement de la population.....	5
1.1 Définition des « aînés »	7
1.2 Diversité de la population des aînés	11
1.3 Approches stratégiques en matière de vieillissement : vieillessement actif et déterminants sociaux de la santé	14
1.4 Rôle du gouvernement fédéral.....	19
1.5 Prochaines étapes.....	21

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS 23

2. Comprendre le vieillissement de la population du Canada	23
2.1 Données démographiques.....	23
2.2 Troisième, quatrième et cinquième âges	27
2.3 Inégalité entre les hommes et les femmes	28
2.4 Diversité multiculturelle.....	29
2.5 Différences régionales au Canada	30
2.6 Questions urbaines et rurales	31
2.7 Lacunes dans l'information.....	32
2.8 Questions à examiner plus à fond	34
3. Aînés à risque.....	35
3.1 Aînés immigrants.....	35
3.2 Aînés autochtones	36
3.3 Aînés vivant seuls.....	39
3.4 Mauvais traitements et négligence	40
3.5 Planification d'urgence.....	42
3.6 Questions à examiner plus à fond	43
4. Participation active à la vie sociale et économique	44
4.1 Promouvoir le vieillissement actif, le bien-être et la participation.....	44

TABLE DES MATIÈRES

4.2 Sécurité financière et retraite	47
4.3 Bénévolat	56
4.4 Apprentissage continu	57
4.5 Questions à examiner plus à fond	58
5. Santé : promotion, prévention et soins.....	59
5.1 Promotion de la santé	62
5.2 Prévention des blessures	63
5.3 Maladies chroniques.....	65
5.4 Usage de médicaments	66
5.5 Santé mentale, maladie mentale et démence.....	67
5.6 Soins palliatifs.....	70
5.7 Prestation de soins et soignants rémunérés et aidants non rémunérés.....	72
5.8 Soins de longue durée, soins prolongés et soins à domicile.....	77
5.9 Renforcement de l'effectif des soins de santé gériatriques et gériatriques	82
5.10 Questions à examiner plus à fond.....	83
6. Logement et transport	85
6.1 Logement	85
6.2 Services de soutien à domicile et communautaires	89
6.3 Logements-services et logements supervisés.....	91
6.4 Transport	94
6.5 Questions à examiner plus à fond	95
7. Coopération et concertation entre ordres de gouvernement et entre ministères fédéraux	97
7.1 Programmes et services fédéraux pour les personnes âgées ...	97
7.2 Segments démographiques dont la responsabilité incombe au gouvernement fédéral	102
7.3 Collaboration interministérielle	103
7.4 Coopération fédérale- provinciale- territoriale	104
7.5 Incidence des migrations internes sur le vieillissement de la population	104
7.6 Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002	105
7.7 Questions à examiner plus à fond	106
Liste des témoins.....	109

Membres

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

et

Les honorables sénateurs :

Maria Chaput
Jane Cordy
Terry M. Mercer
Lowell Murray, C.P.

Membres d'office du comité :

L'honorable Céline Hervieux-Payette, C.P., (ou Claudette Tardif) et
Marjory LeBreton, C.P., (ou Gérald Comeau)

En outre, l'honorable sénateur Janis G. Johnson a participé aux travaux du Comité relativement à cette étude.

De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du
Parlement :

Julie Cool, analyste
Michael Toye, analyste
Howard Chodos, analyste

Monique Régimbald
Adjointe administrative

François Michaud
Greffier du Comité

Ordre de renvoi

Extrait des Journaux du Sénat du mardi 7 novembre 2006:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Bryden,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, nonobstant l'alinéa 85(1)*b*) du *Règlement*, le Comité soit composé de sept membres, à savoir les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Johnson, Keon, Mercer et Murray, C.P., et que trois membres constituent le quorum;

Que le Comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans, notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le Comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le Comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

ORDRE DE RENVOI

Que le Comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

Que le Comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

Que le Comité soit habilité à se déplacer d'un endroit à l'autre au Canada;

Que le Comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'alinéa 95(3)a) du *Règlement*, le Comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

Que l'ordre de renvoi au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concernant le vieillissement de la population, adopté par le Sénat le 28 juin 2006, soit retiré;

Que le Comité présente son rapport final au Sénat au plus tard le 31 décembre 2007, et qu'il conserve jusqu'au 31 mars 2008 tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser les conclusions de ce rapport.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Le Greffier du Sénat

Paul C. Bélisle

Introduction

« Comme société, nous avons le choix entre deux options : entretenir les mythes selon lesquels les aînés vont drainer les systèmes de santé et de pensions, par exemple, ou tirer profit du fait que les personnes âgées peuvent continuer de contribuer à la société¹. »

Les prédictions relatives au « phénomène du vieillissement » sont imprégnées dans notre conscience collective et nous font craindre une incapacité imminente de maintenir les niveaux actuels de soutien des soins de santé et du revenu. Le Comité a entendu des témoins qui ont plutôt affirmé le contraire. Même si le départ à la retraite des membres de la génération du baby-boom aura probablement des conséquences importantes pour le marché du travail, il ne se traduira pas nécessairement par une baisse du niveau de vie. Plusieurs témoins ont affirmé au Comité que la « viabilité des programmes gouvernementaux ne fait aucun doute² ».

Le Comité considère le vieillissement de la population comme une histoire de réussite et les aînés comme une composante riche et dynamique de notre population. Alors que nous faisons de plus en plus appel aux aînés pour répondre aux besoins en main-d'œuvre qu'ont intensifiés des décennies de faible natalité, notre société est poussée à valoriser les aînés en tant que membres utiles de la collectivité et non comme des fardeaux qui créent des problèmes. Parallèlement, il est nécessaire d'offrir des services et de l'aide qui permettent aux aînés de vivre dans la dignité.

Le Comité tient à souligner que toutes les générations ne peuvent que bénéficier de l'adoption de mesures efficaces pour s'occuper des questions relatives aux aînés. Il a été mis en garde contre le fait de considérer comme des « questions relatives aux aînés » les expériences d'invalidité, de maladie et de décès que l'on associe fréquemment au vieillissement. Il reconnaît que les dernières années

¹ Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

² Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

INTRODUCTION

de la vie comportent une myriade de défis pour les personnes, les familles, le système de santé et la société, mais c'est le cas que les dernières années de la vie se déroulent pendant la jeunesse, l'âge mûr ou la vieillesse. Par conséquent, même si des questions comme les soins de fin de vie, les soins à domicile et les transports accessibles sont examinées dans le cadre de l'étude, et que le fait de régler les problèmes à cet égard aura d'importantes répercussions pour les aînés, le Comité fait remarquer que les Canadiens de tous âges peuvent profiter des progrès réalisés pour résoudre ces questions complexes. Comme l'a dit un témoin, « [...] vieillir en santé, ça ne commence pas à 65 ans; ça débute dès la naissance. La maladie chronique n'apparaît pas à votre soixante-cinquième anniversaire. Elle tire ses origines de ce que vous avez fait dans la trentaine et dans la quarantaine³. »

Conformément au mandat que lui a confié le Sénat du Canada, le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement doit se pencher sur un large éventail de questions complexes, allant de la sécurité financière et de la retraite aux maladies chroniques et aux soins palliatifs, afin de déterminer si nous offrons les programmes et les services appropriés au moment opportun aux personnes qui en ont besoin. En examinant ces questions selon une perspective de santé publique, le Comité étudiera les programmes et les services publics offerts aux aînés, trouvera les lacunes dans la façon de répondre à leurs besoins et analysera les incidences sur la prestation de services dans l'avenir.

Le Comité aborde la présente étude sous deux angles : premièrement, il remet en question les hypothèses concernant les aînés et le vieillissement et envisage d'autres modes d'organisation de la société afin de mieux combler les aspirations de chacun; deuxièmement, il examine de quelle façon les politiques publiques peuvent et doivent aider tous les aînés à vivre dans la dignité. Dans le cadre de son étude, le Comité garde à l'esprit le rôle que joue le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à vieillir en santé. Il entend s'inspirer des expériences d'autres pays dans le domaine du vieillissement de la population et examiner le rôle du Canada sur la scène internationale.

³ Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

Pour s'acquitter de son mandat, le Comité a choisi de diviser son étude en deux phases : une description succincte des principales questions, suivie d'un examen plus approfondi de ces questions. Il a commencé la première phase de son étude sur le vieillissement en convoquant cinq groupes formés d'experts reconnus, de représentants d'organisations d'aînés et de responsables de ministères et d'organismes fédéraux pertinents. Ces groupes ont permis de présenter de nouvelles questions et de nouvelles façons d'aborder les choses, et de remettre en question certaines idées répandues au sujet du vieillissement.

Le présent rapport provisoire est l'aboutissement de la première phase de l'étude du Comité. La première partie du rapport dégage quatre grands thèmes qui orienteront les travaux du Comité pendant la deuxième phase. Elle soulève une série de questions se rattachant aux thèmes que sont la définition des « aînés », la diversité de la population des aînés et de ses besoins, la détermination de l'approche stratégique et le rôle du gouvernement fédéral. L'examen de ces importantes questions guidera l'étude des programmes et services publics offerts aux aînés, des lacunes qu'ils comportent et des services qu'il faudra offrir à mesure que la population vieillira.

La deuxième partie du rapport présente un résumé des témoignages que le Comité a entendus jusqu'à présent à propos du profil démographique des aînés d'aujourd'hui au Canada, et dégage les changements susceptibles de se produire dans l'avenir. Elle soulève des questions relatives à la diversité des aînés et à ses incidences sur les besoins de la population. Enfin, elle fait ressortir les principales questions que les témoins ont systématiquement abordées au cours de la première phase de l'étude : la participation active des aînés à la société et à la vie économique de leur collectivité, le vieillissement en santé et l'éventail de services de soutien offerts aux aînés plus fragiles.

Pour le Comité, le vieillissement de la population représente une occasion de revoir la façon de concilier le travail, la famille et les loisirs au cours de la vie, de même que les idées sur les aînés et la valeur accordée à leurs expériences. Nous devons relever un important défi qui comporte de multiples possibilités.

Partie 1 : Définition des questions

1. Défi du vieillissement de la population

Conformément à son mandat, le Comité doit examiner les programmes et les services publics offerts aux aînés, les besoins non comblés des aînés et les services qui s'imposeront à mesure que la population vieillira. Des témoins ont cependant expliqué au Comité que certaines des lacunes qui existent au chapitre des programmes et services destinés aux aînés pourraient résulter d'hypothèses désuètes à leur sujet. D'autres témoins lui ont rappelé que le vieillissement n'est pas un processus qui touche exclusivement le groupe des 65 ans et plus, mais un processus qui s'étend sur toute la vie. Ils ont donc invité le Comité à se pencher sur le vieillissement dans une perspective globale qui embrasse à la fois les expériences et le bien-être pendant tout le cours de la vie.

Le Comité aborde la présente étude sous deux angles : premièrement, en remettant en question les hypothèses concernant les aînés et le vieillissement et en envisageant d'autres modes d'organisation de la société afin de mieux combler les aspirations de chacun; deuxièmement, en examinant de quelle façon les politiques publiques peuvent et devraient aider les aînés à vivre dans la dignité. En menant à bien son étude, le Comité garde à l'esprit le rôle que joue le gouvernement fédéral pour favoriser le sain vieillissement des Canadiens. Il compte également s'inspirer des expériences d'autres pays dans le domaine du vieillissement des populations.

Les conséquences socioéconomiques du vieillissement de la population teintent les débats d'orientation depuis une dizaine d'années. Les discussions sur l'abordabilité des régimes de retraite offerts dans d'autres pays alimentent ces débats. Des analystes ont prédit, d'une part, des pressions financières découlant de la demande croissante de services de santé et sociaux pour les aînés et, d'autre

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

part, un rétrécissement du bassin de travailleurs résultant du départ à la retraite de la génération du baby-boom. La principale préoccupation que suscite le vieillissement de la population est que la population en âge de travailler ne sera peut-être pas assez nombreuse pour soutenir les « personnes à charge », incluant les enfants et les aînés. Les solutions proposées pour enrayer le déséquilibre touchent non seulement les aînés mais tous les segments de la population canadienne : il s'agit tantôt de politiques visant à accroître les taux de fertilité, tantôt de stratégies favorisant l'augmentation de la productivité de la main-d'œuvre, tantôt de mesures visant à éviter les pénuries de main-d'œuvre par le recours à l'immigration.

La majorité des témoins qui ont comparu devant le Comité durant la phase un de l'étude soutient que la viabilité du régime de retraite de l'État et du système de santé n'est pas en péril au Canada et que des augmentations de la productivité peuvent atténuer les répercussions du vieillissement de la population sur la main-d'œuvre. Le témoignage de Byron Spencer illustre bien l'ensemble des propos tenus à cet égard :

« Les programmes gouvernementaux demeureront gérables, du moins en réaction au vieillissement de la population. [...] La plupart des gens pensent que l'augmentation des coûts des soins de santé, qu'ils attribuent de toute évidence au vieillissement de la population, feront sauter la banque — en particulier, les budgets des gouvernements — ce qui rendra les choses ingérables. À mon avis, c'est tout simplement faux. C'est faux en ce qui concerne le régime de pension de l'État, les programmes de la sécurité du revenu et des soins de santé⁴. »

M. Spencer a également indiqué au Comité que « le Canada a beaucoup moins de raisons de se préoccuper du vieillissement de la population que la plupart des pays déjà prospères⁵ ».

⁴ Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁵ *Ibid.*

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

Mais l'histoire ne s'arrête pas là. La population ne vieillit pas partout au pays au même rythme. Les Canadiens âgés n'ont pas tous également accès aux biens et services et ne peuvent faire les mêmes choix à l'égard des soins, du logement et de la participation active à la vie sociale. L'espérance de vie des Autochtones est considérablement inférieure à celle des autres Canadiens. Les régions rurales n'ont pas les mêmes défis à relever que les régions urbaines pour soutenir la population âgée; en effet, dans les régions rurales, il est difficile de maintenir les services offerts à la population âgée qui diminue peu à peu. Certains segments de la population âgée, notamment les aînés vivant seuls, les immigrants et les personnes fragiles se heurtent à des difficultés particulières.

La tâche dont le Comité doit s'acquitter consiste à déterminer si nous offrons les programmes et les services qui conviennent aux personnes qui en ont besoin et au moment voulu. Le Comité, qui amorce la phase suivante de son étude, se penchera sur quatre thèmes : la définition des « aînés », la diversité de la population des aînés et de ses besoins, la détermination de l'approche stratégique et le rôle du gouvernement fédéral. L'examen des grandes questions se rapportant à chacun de ces thèmes guidera l'étude des programmes et services publics offerts aux aînés, des lacunes qu'ils comportent et des services qu'il faudra offrir à mesure que la population vieillira.

1.1 Définition des « aînés »

« Il est évident pour quiconque vivait en 1951 qu'une personne de 65 ans à l'époque est différente d'une personne de 65 ans en 2006. Ce sont des personnes différentes. En moyenne, les personnes qui ont 65 ans aujourd'hui sont en meilleure santé et peuvent espérer vivre encore de nombreuses années en bonne santé. Je pense qu'il est logique de modifier la définition de ce que nous considérons être, au plan juridique, l'âge d'admissibilité aux prestations intégrales du régime de sécurité sociale, ou autre et ce, de façon systématique, à mesure qu'augmente l'espérance de vie. En supposant que

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

l'espérance de vie continue de croître, ce à quoi nous pouvons raisonnablement nous attendre⁶. »

Au Canada, « aîné » s'entend généralement de toute personne âgée de plus de 65 ans, mais pourquoi 65 ans? Cette définition sert-elle bien les aînés? La question a été largement débattue par les témoins qui ont comparu devant le Comité.

L'âge de 65 ans revêt une importance particulière pour les politiques publiques relatives au vieillissement au Canada, car il représente l'âge de l'admissibilité aux programmes nationaux de la sécurité du revenu⁷ et, dans les provinces et territoires où la retraite est toujours obligatoire, il représente l'âge à partir duquel les employés ne sont plus protégés contre la discrimination fondée sur l'âge.

D'une part, « les pouvoirs publics ont recours au critère d'âge car cela semble fournir un standard transparent et objectif⁸ ». L'admissibilité aux pensions gouvernementales a pour effet d'abaisser considérablement le taux de pauvreté des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport aux taux des autres catégories d'âge. D'autre part, le seuil d'âge donne lieu, dit-on, à des stéréotypes négatifs qui justifient « l'exclusion des personnes âgées des différentes sphères d'activité⁹ ».

Un témoin a indiqué au Comité que l'utilisation de l'âge chronologique de 65 ans par les démographes et les administrateurs des pensions gouvernementales reflète un choix social fait dans un contexte historique. Au Canada comme dans la plupart des pays industrialisés pendant la période d'après-guerre, la création de l'État

⁶ *Ibid.*

⁷ Il faut avoir 65 ans pour être admissible à la Sécurité de la vieillesse et au Supplément de revenu garanti. Dans le cadre du programme de la Sécurité de la vieillesse, un conjoint survivant ou un conjoint de fait âgé de 60 à 64 ans qui satisfait à l'exigence du seuil de revenu est admissible à l'allocation au survivant.

⁸ Jef Breda et David Schoenmaekers, « Le critère discutable de l'âge dans les dispositifs juridiques », *Ageing and Society*, 2006, vol. 26, p. 529 à 547.

⁹ Pierre-Joseph Ulysse, pour la Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective* – Revue de la littérature, 1997.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

providence comprenait un éventail de programmes sociaux visant à améliorer les conditions de vie des personnes âgées. Les gouvernements des pays industrialisés ont fixé un âge pour la retraite et un âge pour l'admissibilité aux prestations de vieillesse, « induisant ainsi un mode de gestion construit sur une association formelle entre l'entrée dans la vieillesse et cet âge chronologique déterminé¹⁰ ».

C'est en Allemagne, à la fin du XIX^e siècle, que le concept d'admissibilité liée à l'âge a été introduit : le chancelier Otto von Bismarck fixe alors à 70 ans l'âge auquel des prestations peuvent être versées. Or, comme on l'a indiqué au Comité, très peu de personnes vivaient assez longtemps à cette époque pour toucher des prestations. Dans les années 1920, l'âge d'admissibilité aux prestations est ramené à 65 ans au Royaume-Uni et dans les pays du continent européen. Une décennie plus tard, les États-Unis leur emboîtent le pas en raison du taux de chômage grimpant et de la nécessité de libérer des emplois pour la génération montante.

Jusqu'à la fin des années 1960, l'âge de l'admissibilité à la Sécurité de la vieillesse était fixé à 70 ans. Les Canadiens pour qui l'heure de la retraite allait bientôt sonner avaient vécu la Crise de 29 et les années de la Deuxième Guerre mondiale; aussi, n'avaient-ils généralement pas beaucoup économisé en prévision de leur retraite. Vu les niveaux de pauvreté élevés chez les aînés, le gouvernement a mis en place le Régime de pensions du Canada (RPC) en 1966 afin de fournir un revenu de retraite aux travailleurs canadiens et à leurs familles. L'âge d'admissibilité au RPC, fixé d'abord à 68 ans, a peu à peu été abaissé et s'établissait à 65 ans en 1970. Quant à la Sécurité de la vieillesse, l'âge d'admissibilité est progressivement passé de 65 à 70 ans entre 1966 et 1970¹¹.

Une personne de 65 ans peut aussi être mise à la retraite conformément à des politiques en matière de retraite obligatoire. Ces politiques ont peu à peu été contestées et déclarées discriminatoires en vertu des lois sur les droits de la personne de plusieurs

¹⁰ *Ibid.*, p.i.

¹¹ Document d'information pour les consultations sur le Régime de pensions du Canada, publié par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, 1996, www.fin.gc.ca/cpp/maindoc/cppf.pdf

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

compétences. L'abandon progressif de critères de retraite fondés sur l'âge soulève toutefois un certain nombre de problèmes complexes, notamment la détermination des compétences persistantes des travailleurs âgés.

Bien que le Canada ait maintenu l'âge de 65 ans, on a indiqué au Comité que la définition du troisième âge varie d'un pays à l'autre :

« [...] les États-Unis ont décidé de hausser graduellement à 67 ans l'âge de l'admissibilité aux prestations intégrales de leur système de sécurité sociale. Ce changement est en train de se faire petit à petit. En agissant de la sorte, les États-Unis se trouvent concrètement à redéfinir ce qu'est une « personne âgée ». En Suède, l'âge de l'admissibilité aux prestations de retraite fournies par l'État est aussi indexé à l'augmentation de la longévité. Il est donc en hausse¹². »

L'évolution de l'âge d'admissibilité aux prestations pour aînés montre bien qu'il s'agit d'un choix social fait dans un contexte socioéconomique. On a vivement recommandé au Comité de prendre en considération les répercussions que peut avoir le maintien d'une définition fondée sur l'âge (par opposition à une définition qui tiendrait compte des capacités de la personne, de son état de santé, etc.) et qui pourraient se traduire par de l'âgisme. On lui a aussi recommandé de déterminer s'il convient de revoir la série d'hypothèses sur laquelle repose le choix de l'âge de 65 ans comme âge d'admissibilité aux prestations pour aînés, en tenant compte du contexte socioéconomique et de la santé et du bien-être des aînés d'aujourd'hui. À ce propos, voici quelques statistiques.

« En 1971, au Canada, 8 p. 100 de la population était âgée de plus de 65 ans. [...] Aujourd'hui, les 8 p. 100 des gens au sommet de la pyramide des âges, donc dans la dernière tranche de vie, ont 81 ans. Cela

¹² Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

donne une idée des progrès phénoménaux qu'on a faits en mortalité¹³. »

Compte tenu de ce qui précède, le Comité déterminera si les seuils d'âge établis dans les années 1960 sont toujours adaptés à la réalité socioéconomique actuelle. Cependant, il est conscient que l'abandon des critères fondés sur l'âge entraînera des décisions stratégiques complexes concernant notamment l'évaluation des compétences professionnelles. Il se penchera plus avant sur les questions suivantes :

- L'admissibilité aux programmes devrait-elle être fondée sur l'âge?
- La définition actuelle des aînés (personnes âgées de plus de 65 ans) sert-elle toujours les aînés, les employeurs et le reste de la société?
- Les politiques publiques ont-elle lieu d'établir une discrimination fondée sur l'âge?

1.2 Diversité de la population des aînés

« Les aînés ne sont pas un ensemble monolithique de personnes pauvres, fragiles, malades ou dépendantes. Le groupe d'âge des 65 ans et plus présente une diversité considérable en termes d'expériences de vie, de situation économique, d'état de santé et de ressources permettant un mode de vie autonome¹⁴. »

Les personnes âgées de 65 ans et plus ne forment pas un groupe homogène. Leurs expériences diffèrent en fonction des ressources disponibles, de l'état de santé et du degré d'intégration à des réseaux sociaux et familiaux. Les divers segments de la population vivent différemment cette période selon la catégorie d'âge, le lieu de résidence en milieu rural ou urbain, le sexe, la culture et la race. Cela donne à penser que des programmes et politiques fondés sur des critères d'âge risquent d'entraîner un cas d'âgisme, où les différences

¹³ Laurent Martel, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

¹⁴ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

entre aînés reposent sur des hypothèses à l'appui du caractère homogène du groupe d'âge.

En raison des récentes augmentations de l'espérance de vie, un nombre croissant de Canadiens vivent plus longtemps et jouissent d'une meilleure santé physique et mentale. Des témoins ont signalé qu'il importe de reconnaître les différences entre les groupes d'âge chez les aînés :

« Il y a un écart de 25 ans entre un aîné de 65 ans et un aîné de 90 ans. Il y a une différence entre un adulte de 25 ans et un autre de 50 ans. Pourquoi mettre ces deux personnes dans la même catégorie? Leurs besoins sont différents, et nous devons adopter un schème de pensée différent à l'égard de ces groupes¹⁵. »

Douglas Durst a également fait observer que les ouvrages sur les aînés renvoient souvent à trois grands groupes d'âge : le troisième âge, qui est en santé, en forme et plutôt à l'aise financièrement; le quatrième âge, qui ralentit le rythme et qui a moins d'argent et de ressources; le cinquième âge, qui a des besoins physiques et sociaux particuliers. Bien que ces catégories d'âge puissent varier en raison d'une multitude de facteurs qui interviennent au cours de la vie, il pourrait être utile de tenir compte des différentes étapes de la vie et des niveaux de capacité correspondants des personnes âgées de 65 ans et plus.

Les aînés qui vivent en milieu urbain et ceux qui vivent en milieu rural n'ont pas les mêmes besoins. Par exemple, leurs options en matière de transport et de logement diffèrent souvent. En outre, l'effet du vieillissement sur la population active et sur les soins de santé peut différer en raison de disparités régionales dans le vieillissement de la population.

Le Comité a pris connaissance de données troublantes selon lesquelles les Canadiens autochtones ont une espérance de vie de loin inférieure à celle des autres Canadiens. « Deux auteurs ont proposé

¹⁵ Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

d'utiliser l'âge de 55 ans comme équivalent de 65 ans pour les personnes âgées et le vieillissement des Premières nations et des Autochtones. Selon eux, nous devrions envisager d'offrir des services et des programmes à un groupe de personnes âgées chronologiquement plus jeunes, à cause de leur état de santé, de leurs conditions sociales, du diabète, etc.¹⁶ » Les besoins des Autochtones ne sont pas les mêmes que ceux des autres Canadiens.

Il est difficile de prédire les conséquences du vieillissement de la population, en partie parce que les expériences de vie, les niveaux de bien-être et les attentes ne sont pas les mêmes d'un groupe d'aînés à l'autre. Ainsi, même s'il est clair que, proportionnellement parlant, les aînés seront plus nombreux au cours des prochaines décennies, les décideurs doivent s'efforcer de prévoir quels seront les besoins et désirs des personnes qui feront partie du groupe des 65 ans et plus. Il est d'autant plus nécessaire d'examiner périodiquement la validité de certaines hypothèses qui sous-tendent actuellement les programmes et politiques du Canada concernant les aînés.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité voudra déterminer si les programmes et les services offerts aux aînés répondent encore aux besoins d'une population diversifiée. Voici quelques questions qui méritent un examen approfondi :

- Les programmes fédéraux actuels tiennent-ils compte des besoins, des circonstances et des aspirations de la population aînée?
- Reflètent-ils les différentes réalités entre les sexes?
- Tiennent-ils compte des différentes habitudes de travail (p. ex. congé pris dans le cadre d'un emploi rémunéré pour prodiguer des soins ou poursuivre des études) et des groupes professionnels (p. ex. administration ou métiers)?
- Reflètent-ils les disparités régionales et les tendances du vieillissement dans les différentes parties du pays, et les modalités de financement F/P/T tiennent-elles compte de ces disparités?

¹⁶ *Ibid.*

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

- Est-il réaliste de fixer à 65 ans l'âge d'admissibilité aux programmes dans le cas des aînés autochtones ou d'autres Canadiens vulnérables?

1.3 Approches stratégiques en matière de vieillissement : vieillessement actif et déterminants sociaux de la santé

« [...] il peut y avoir conflit entre un programme d'action axé sur le vieillissement et un programme d'action axé sur les aînés. Ce n'est pas la même chose¹⁷. »

« Vieillir en restant actif s'applique à toutes les personnes âgées, individuellement ou collectivement. Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin¹⁸. »

« Le vieillissement en santé dépend d'une foule de facteurs touchant les individus, les familles et les pays. Nous parlons parfois des personnes âgées comme d'un groupe distinct. Les aînés, comme nous tous qui vieillissons aujourd'hui, font partie d'une collectivité. Pour concevoir des politiques et des programmes, il nous est utile de comprendre ce qui se cache derrière ces facteurs — situation économique, services de santé et services sociaux,

¹⁷ Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

¹⁸ Nations Unies – Organisation mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation*, 2002.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

facteurs comportementaux, sociaux, personnels et physiques¹⁹. »

Des témoins établissent une distinction entre le dossier du vieillissement de la population et un programme d'action pour les aînés. Par exemple, les solutions proposées au problème du vieillissement de la population, notamment des politiques visant à accroître la productivité de la main-d'œuvre ou le taux de natalité, sont des initiatives distinctes de celles qui pourraient faire partie d'un programme d'action pour les aînés.

Les modèles fondés sur le « cours normal de la vie » ou sur le « vieillissement actif » qu'utilisent des ministères fédéraux et des organismes internationaux tels l'Organisation de coopération et de développement économiques illustrent une perspective intégrée du vieillissement. Dans les modèles fondés sur le cours normal de la vie, on prend en considération les transitions importantes dans la vie, notamment l'éducation, la constitution d'une famille et la retraite, afin d'en venir à des politiques qui les facilitent, entre autres grâce à des programmes de congé parental, d'apprentissage continu et de retraite progressive. L'Organisation mondiale de la Santé a adopté l'expression « vieillissement actif » pour décrire « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse²⁰ ». Pour promouvoir le vieillissement actif, il faut bien comprendre ce que veulent les différents groupes d'aînés et faciliter les rôles qu'ils décident de jouer : emploi rémunéré, bénévolat, prestation de soins et loisirs. Qu'il s'agisse d'activités récréatives, d'éducation permanente ou de bénévolat, les possibilités de rester physiquement et mentalement actifs jouent un rôle important dans le bien-être des Canadiens âgés.

Jane Barratt, de la Fédération internationale du vieillissement, a souligné l'importance de cette approche dans le témoignage qu'elle a présenté au Comité :

¹⁹ Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

²⁰ Nations Unies – Organisation mondiale de la Santé – *Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation*, 2002.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

« Après avoir examiné les politiques et les programmes liés au vieillissement de nombreux pays qui ne sont pas différents du Canada et après avoir réfléchi sur le travail des ONG membres qui représentent 50 millions d'ainés dans le monde, je pose moi-même la question suivante : quelle est l'unique intervention globale qui pourrait avoir une influence quelconque sur chacun de ces enjeux? La réponse est « le vieillissement en santé ». La mise en garde que je fais concernant cette expression, c'est que le vieillissement — le fait de devenir vieux — n'est pas un problème de santé et ne devrait pas être perçu de la sorte. Il s'agit plutôt du cours normal de la vie. À mon sens, le vieillissement débute à la naissance et, tout au long de notre vie, nous expérimentons des changements et nous avons parfois besoin de services et de soins spécialisés²¹. »

Il y a déjà un certain temps qu'on se penche sur la distribution du travail tout au long de la vie. Le rapport présenté par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement en 1966 expose l'enjeu de la façon suivante :

« Comment allons-nous partager les loisirs que la nouvelle technologie met à notre disposition? Allons-nous en faire profiter surtout les personnes âgées en abaissant l'âge de la retraite, lorsque la longévité s'accroît, et les chômeurs qu'on exclut du marché du travail? Ou bien serait-il plus sensé de répartir ces avantages entre les personnes de tous âges en réduisant la semaine de travail et en donnant des congés plus généreux, en donnant des congés d'études aux travailleurs, afin qu'ils puissent

²¹ Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

parfaire leur formation et acquérir des connaissances^{22?} »

Le Comité sénatorial de 1966 indiquait en conclusion qu'il « appuierait fortement cette seconde solution ou, de toute façon, un mélange des deux qui laisserait les travailleurs, au moment de leur retraite, vraiment en mesure de choisir de demeurer sur le marché du travail ou de s'en retirer²³ ».

Dans son exposé au Comité, Peter Hicks a mentionné : « Le fait de se concentrer sur le vieillissement pourrait mener, malencontreusement, à adopter une manière de penser âgiste, par rapport à une approche fondée sur les parcours de vie²⁴ ». Des attentes à l'égard de la retraite imminente des travailleurs âgés auraient pour effet d'amener ces travailleurs, ainsi que leurs employeurs, à adopter une perspective limitée dans le temps face aux décisions touchant le recyclage ou un changement d'emploi ou de carrière. Un témoin a indiqué au Comité que, même dans les régions où la retraite n'est plus obligatoire, des travailleurs âgés continuent d'être confrontés au problème de l'âgisme, car certains employeurs exercent de la discrimination dans leurs pratiques d'embauche à l'égard d'employés qui ont à peine 45 ans²⁵. Plusieurs témoins ont également indiqué au Comité que des mesures financières tendent à dissuader les aînés de continuer à travailler. Des témoins estiment que des modifications devraient être apportées aux programmes comme le Supplément de revenu garanti et le RPC/RRQ et demandent que la transférabilité des pensions fasse l'objet d'un examen.

Un témoin a dit au Comité que de telles modifications seraient peut-être insuffisantes et que « nous devrions examiner l'ensemble du système dans une perspective globale et intégrée²⁶ ». Pour adopter comme cadre d'orientation un modèle tenant compte du cours normal

²² Comité spécial sénatorial d'enquête sur la gérontologie, *Rapport final*, 1966, p. 29.

²³ *Ibid.*

²⁴ Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²⁵ Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

²⁶ *Ibid.*

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

de la vie, il faudrait modifier les programmes actuels; il faudrait aussi que la société reconnaisse et appuie différemment l'éventail de choix qui s'offrent tout au long de la vie, y compris le choix de travailler après 65 ans.

On a fait valoir au Comité que la santé des aînés est intimement liée aux expériences vécues au cours de leur vie. Plusieurs témoins ont rappelé au Comité que le vieillissement est un processus qui s'étend sur toute la vie et que la santé des aînés dépend de milieux favorables dans lesquels ils ont évolué et continuent d'évoluer. Les inégalités qui peuvent se présenter au cours de la vie donnent lieu à des résultats différents sur le plan de la santé des aînés. Par exemple, un témoin a mentionné au Comité qu'il importe de comprendre les déterminants sociaux de la santé pour comprendre les écarts de santé et d'espérance de vie entre les Autochtones et les autres Canadiens. Dans son exposé, l'Organisation nationale de la santé autochtone a indiqué : « Les collectivités inuites, métisses et des Premières nations sont toujours confrontées à de graves pénuries de logements, à des taux de chômage élevés, à un accès insuffisant aux services de santé de base, ainsi qu'à une faible scolarisation; tous ces facteurs ont un effet à la fois sur l'espérance de vie et sur la qualité de vie pendant la vieillesse²⁷. » Un témoin a également dit au Comité : « Les principaux facteurs de risque d'une mauvaise santé sont les suivants : un revenu faible, particulièrement pour de nombreuses femmes âgées seules, une alphabétisation déficiente, une faible scolarisation et l'isolement social²⁸. »

Compte tenu de ce qui précède, le Comité voudra déterminer s'il faut adopter un cadre d'orientation qui permettrait de mieux répartir le travail productif sur toute la durée de vie et de « fournir aux Canadiens plus âgés des occasions de participer de façon active, créative et intéressante à la société²⁹ ». En outre, le Comité voudra examiner les déterminants de la santé qui contribuent à la santé des

²⁷ Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

²⁸ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

²⁹ Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

âînés ou qui occasionnent des risques pour eux. En particulier, il voudra se pencher sur les questions suivantes :

- Quelles sont les répercussions de l'adoption d'un modèle axé sur le vieillissement actif/cours normal de la vie sur les politiques publiques? Quels sont les programmes fédéraux qui s'en trouveraient touchés? De quelle façon? D'autres pays ont-ils adopté un tel modèle?
- Quels sont les coûts et les avantages de ce modèle pour la société canadienne et les divers groupes d'âînés? L'adoption de ce modèle occasionnerait-elle des coûts ou des économies ou n'aurait-elle aucune incidence sur les recettes?
- De quelle manière l'exécution d'un programme d'action concernant le vieillissement actif se répercuterait-elle sur les politiques et les programmes actuels qui touchent les personnes âgées de 65 ans et plus, tels le RPC/RRQ, la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti? Si des modifications sont apportées aux conditions d'admissibilité, comment les gérer de manière à en réduire le plus possible les répercussions négatives sur les gens qui comptent sur ces programmes?
- Quels sont les déterminants qui influent le plus sur la participation, la santé et le bien-être des âînés et quels sont les risques pour ces derniers? Quels sont les déterminants qui améliorent le plus la santé des âînés et qui leur permettent de vivre pleinement leur vie?
- Quelle influence les déterminants de la santé, s'ils étaient modifiés, auraient-ils sur les programmes et les politiques concernant les personnes âgées de 65 ans et plus³⁰?

1.4 Rôle du gouvernement fédéral

« Pour être à l'écoute de ce segment de la population, le meilleur moyen pour les gouvernements n'est-il pas d'avoir un ministre

³⁰ Ces questions sont exposées dans le document *Pour une société qui vieillit en santé – Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population*, préparé pour la Division du vieillissement et des âînés de Santé Canada par Linda MacLeod et associés, 1997.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

exclusivement chargé du dossier des personnes âgées? Il faut que cette approche devienne pratique courante sous peu. Au sein du gouvernement fédéral précédent, deux ou trois ministres se partageaient le dossier. D'ailleurs, c'est encore le cas dans le gouvernement actuel. Il semble que chacun veuille sa part du gâteau, mais il n'y a aucune cohérence. Il serait bon que la population des aînés puisse compter sur un ministère strictement voué à ses intérêts³¹. »

Les responsabilités reliées aux programmes et aux services destinés aux aînés incombent à la fois au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux/territoriaux. Plusieurs ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux sont responsables des divers dossiers et doivent faire équipe pour régler les questions qui touchent les aînés. À l'échelle fédérale, même si Ressources humaines et Développement social Canada a la responsabilité globale du dossier des aînés, plusieurs ministères administrent les programmes destinés aux aînés. Comme l'a indiqué un témoin au Comité : « Les personnes âgées et le vieillissement sont deux enjeux horizontaux très vastes qui constituent un volet fondamental du programme fédéral³². » Des témoins ont indiqué au Comité qu'ils souhaitaient qu'un ministre fédéral responsable des aînés soit nommé; on a toutefois affirmé au Comité qu'une telle approche avait donné divers résultats dans d'autres pays et que cela dépendait en grande partie du mandat confié au ministre. Le Comité prend acte qu'un secrétaire d'État aux aînés a été nommé en janvier 2007 et félicite le gouvernement de reconnaître la nécessité de répondre aux besoins des aînés.

Comme plusieurs ministères et sphères de compétence sont responsables des programmes et des services destinés aux aînés, ceux-ci peuvent avoir du mal à obtenir des renseignements et à se prévaloir des services. Des témoins ont fait part des difficultés qu'ils avaient à fournir des renseignements facilement accessibles aux aînés

³¹ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

³² Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

sur un large éventail de services. Ils ont aussi mentionné la difficulté de coordonner les services des centres d'information à guichet unique pour les aînés en raison de la complexité du système.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité voudra examiner le rôle du gouvernement fédéral dans l'exécution des programmes et la prestation des services offerts aux aînés. Plus particulièrement, il se penchera sur les questions suivantes :

- Convierait-il de désigner un ministre fédéral qui serait responsable du dossier des aînés, qui serait précisément mandaté à cette fin et qui disposerait des ressources voulues pour administrer un éventail de services?
- Comment l'entente-cadre sur l'union sociale influe-t-elle sur le rôle que pourrait jouer le gouvernement fédéral en la matière?
- Des renseignements exacts et facilement accessibles en tout temps sont indispensables. Les moyens que prend le gouvernement fédéral pour renseigner les aînés répondent-ils à leurs divers besoins?
- Faut-il adopter des normes nationales dans certains domaines tels que les soins à domicile et les soins de longue durée? Seraient-elles compatibles avec le rôle du gouvernement fédéral?
- Les Canadiens s'attendent-ils à ce que le gouvernement fédéral prenne les devants en élaborant des programmes qui répondent aux besoins de la population aînée?

1.5 Prochaines étapes

« [...] le vieillissement de la population est inévitable. Contrairement aux idées reçues, ce phénomène est irréversible. [...] le vieillissement de la population est inévitable³³. »

Le Comité a un mandat fort ambitieux. On peut dire qu'il a terminé la première phase de son étude avec beaucoup plus de questions que de réponses. Chacune des questions susmentionnées peut ouvrir la

³³ Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS

voie à un examen approfondi et déboucher sur des recommandations à l'appui de changements qui profiteraient aux aînés. Il importe de signaler que, même si le Comité décidait d'axer les audiences de la seconde phase sur les quatre thèmes exposés précédemment, rien ne l'empêcherait de formuler des recommandations visant à améliorer le bien-être des Canadiens aînés dans des secteurs stratégiques ou dans le cadre de certains programmes.

Au moment de passer à la seconde phase de son étude, le Comité se doit de réfléchir à des façons d'envisager la question du vieillissement et des aînés sous d'autres angles et de déterminer si le vieillissement de la génération du baby-boom se prête à un changement de paradigme à cet égard. Qu'il s'agisse d'une crise ou d'un enjeu, le vieillissement de la population mérite une étude sérieuse.

Partie 2 : Phase I – Résumé des témoignages entendus

2. Comprendre le vieillissement de la population du Canada

2.1 Données démographiques

« Vieillissement de la population » s'entend de l'augmentation de l'âge moyen dans une société. Ce phénomène se caractérise par l'émergence d'un plus grand nombre d'ainés dans l'ensemble de la population. Les changements démographiques, notamment le vieillissement de la population, sont déterminés par le taux national de fécondité (natalité), le taux national de mortalité (décès) ainsi que la nature et de l'immigration et le nombre d'immigrants.

À compter de la fin du XIX^e et durant presque tout le XX^e siècle, l'espérance de vie dans les pays développés a généralement augmenté de façon continue, tandis que les taux de fécondité ont diminué. À l'exception de l'augmentation des taux de fécondité pendant la période du baby-boom qui a suivi la Deuxième Guerre mondiale, ces tendances se sont reflétées dans la croissance démographique de la population canadienne. « Un indice de 2,1 est requis afin de remplacer les générations; le Canada affiche une fécondité sous ce seuil depuis 1971³⁴. » Bien que le taux de fécondité des Autochtones du Canada soit nettement plus élevé que celui des autres Canadiens, « la population autochtone représente seulement 3 p. 100 de la population

³⁴ Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

canadienne et contribue à 7 p. 100 environ de la croissance démographique naturelle nationale³⁵ ».

Les plus récentes projections démographiques de Statistique Canada indiquent que la population du Canada continuera de croître, mais que le taux de croissance diminuera au fil du temps. On prévoit que la population du Canada passera de 32,3 millions d'habitants en 2005 à environ 39 millions en 2031 et à 42,5 millions en 2056³⁶. « L'accroissement naturel pourrait du reste devenir négatif entre 2025 et 2030 si la fécondité se maintient au faible niveau actuel, soit environ 1,5 enfant par femme³⁷ », après quoi l'immigration permettra de soutenir les taux à la baisse de croissance démographique. La migration internationale est déjà la principale source d'accroissement de la population. « Depuis 2000, plus des deux tiers de la croissance de la population provient de la migration internationale³⁸. » Même si le taux de croissance démographique du Canada n'a jamais été aussi bas, il « demeure nettement supérieur à celui des populations de l'Europe de l'Ouest ou du Japon³⁹ ». En fait, le Comité a appris que « selon les normes internationales, [...] le Canada a beaucoup moins de raisons de se préoccuper du vieillissement de la population que la plupart des pays déjà prospères⁴⁰ ».

La baisse du taux de fécondité et la hausse de l'espérance de vie donnent également lieu à une augmentation du nombre d'aînés au sein de la population canadienne.

« La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est passée de 8 p. 100 en 1971 à 13 p. 100

³⁵ *Ibid.*

³⁶ L'étude la plus récente, intitulée *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires (2005-2031)*, a été publiée en 2005 et contient des projections démographiques pour le Canada de 2006 à 2056. Sauf indication contraire, toutes les figures reflètent un scénario de croissance moyenne, qui part du principe selon lequel les tendances démographiques actuelles se maintiennent (taux de natalité, espérance de vie et immigration).

³⁷ Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

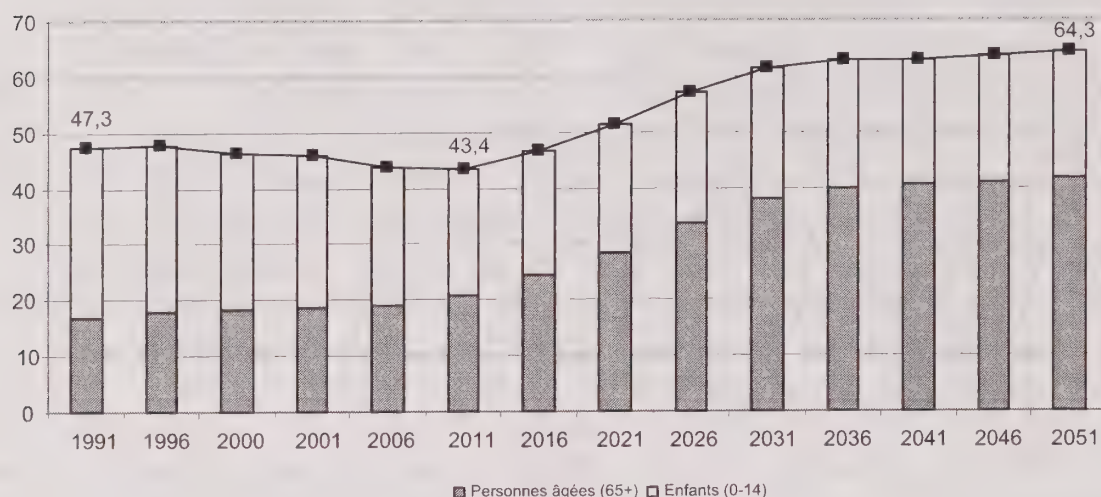
PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

aujourd'hui. Lorsque les premiers baby-boomers atteindront le groupe d'âge des 65 ans et plus, en 2011, on assistera alors, autre tendance lourde, à une augmentation rapide de la proportion de personnes âgées au sein de la population canadienne. Selon les projections, en 2031, près d'un Canadien sur quatre aura 65 ans ou plus. La population du Canada vieillit rapidement. [...] En outre, la proportion d'aînés plus âgés, c'est-à-dire de personnes de 80 ans ou plus, augmenterait fortement. En 2056, environ un Canadien sur dix serait âgé de 80 ans ou plus, comparativement à un sur 30 aujourd'hui⁴¹. »

L'augmentation du nombre d'aînés au sein de la population a une incidence sur le rapport de dépendance, qui est défini comme la proportion d'enfants (de 0 à 14 ans) et d'aînés (de 65 ans et plus) par rapport à la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans). Comme l'indique la figure 2-1, le rapport de dépendance devrait augmenter considérablement de 2011 à 2051, alors que les premiers membres de la génération du baby-boom atteindront l'âge de la retraite et que les cohortes plus modestes de personnes nées après eux vivront leurs années les plus productives. On prévoit également que la composition du groupe des « personnes à charge » changera : « Indépendamment des scénarios de croissance, les personnes âgées de 65 ans ou plus deviendraient plus nombreuses que les enfants âgés de moins de 15 ans autour de l'année 2015. Il s'agirait d'une première dans l'histoire de la population du Canada⁴². »

⁴¹ Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁴² *Ibid.*

Figure 2-1 : Rapport de dépendance au Canada, 1991-2051

Source : Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026*, mars 2001, tableau 21, p. 77.⁴³

Dans l'ensemble, les tendances nationales d'une population vieillissante masquent d'importantes différences entre les régions et les sous-groupes de la population. Des témoins ont rappelé au Comité que les « aînés ne sont pas un ensemble monolithique de personnes pauvres, fragiles, malades ou dépendantes. Le groupe d'âge des 65 ans et plus présente une diversité considérable en termes d'expériences de vie, de situation économique, d'état de santé et de ressources permettant un mode de vie autonome⁴⁴. » L'espérance de vie à la naissance des Indiens inscrits, des Inuits et de l'ensemble de la population canadienne est un exemple frappant à cet égard :

⁴³ Le rapport de dépendance exprime le nombre de « personnes à charge » pour 100 personnes « en âge de travailler ». À partir de 2001, tous les chiffres sont des projections.

⁴⁴ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**Figure 2-2 : Espérance de vie (ans) des Canadiens (2001), des Indiens inscrits (2001) et des Inuits (1999-2002)**

	Ensemble des Canadiens	Indiens inscrits	Inuits
Hommes	77	70	65
Femmes	81	76	70

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 16 novembre 2006.

Comme la population canadienne en général, le segment en expansion des aînés comporte une grande diversité sur le plan de l'âge, du sexe, de l'origine ethnoculturelle, de la région et du milieu, urbain ou rural, où ils vivent. Des témoins ont également fait remarquer que le vieillissement de la population ne se produit pas de façon uniforme au Canada, notamment en raison de la migration. Le déséquilibre régional en matière de vieillissement de la population a des incidences importantes sur la planification du marché du travail et sur la distribution des coûts liés au vieillissement.

2.2 Troisième, quatrième et cinquième âges

Compte tenu des gains récents sur le plan de l'espérance de vie, un nombre croissant de Canadiens vivent plus longtemps et sont en meilleure santé physique et mentale. « Aujourd'hui, un homme âgé de 65 ans a une espérance de vie de près de 18 années additionnelles; une femme âgée de 65 ans aujourd'hui a une espérance de vie de 21 ans de plus⁴⁵ ». Des témoins ont signalé l'importance de prendre conscience des différences entre chacun des groupes d'âge chez les aînés :

« Il y a un écart de 25 ans entre un aîné de 65 ans et un aîné de 90 ans. Il y a une différence entre un adulte de 25 ans et un autre de 50 ans. Pourquoi mettre ces deux personnes dans la même catégorie? Leurs besoins sont très différents, et nous devons

⁴⁵ Ibid.

adopter un schème de pensée différent à l'égard de ces groupes⁴⁶. »

Douglas Durst a aussi signalé que la documentation sur les aînés mentionne souvent la nécessité de faire une distinction entre trois grandes catégories d'âges :

« Premièrement, les aînés de 65 à 75 ans — [le troisième âge] —, qui sont en santé, en forme et plutôt à l'aise financièrement. Ces aînés veulent voyager et s'adonner à des activités. Ils sont encore dans une phase créative et productive de leur vie. Le deuxième groupe est constitué des gens de 75 à 85 ans — [le quatrième âge] — qui ralentissent le rythme et préfèrent jardiner et passer du temps avec leurs petits-enfants. Ils ont encore de l'argent et des ressources, mais ils commencent à surveiller leurs dépenses, et ils sont moins enclins à voyager et à faire des acquisitions importantes. Le troisième groupe, constitué des aînés de 85 à 90 ans et plus — [le cinquième âge] — ont des besoins physiques et sociaux spéciaux⁴⁷. »

2.3 Inégalité entre les hommes et les femmes

Au cours des années 1980 et 1990, le taux de faible revenu chez les aînés du Canada a diminué de façon importante (pour en savoir plus sur la sécurité du revenu, voir la partie 3). En dépit de ces améliorations, il subsiste chez les aînés un écart significatif entre les hommes et les femmes. Qu'elles vivent seules ou qu'elles soient le principal soutien financier de leur conjoint, les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes âgés de vivre avec un faible revenu.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a déterminé que les femmes âgées, et surtout celles qui vivent seules, sont particulièrement à risque. Les femmes âgées ont généralement un revenu plus faible que celui des hommes en raison d'un taux de

⁴⁶ Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁴⁷ *Ibid.*

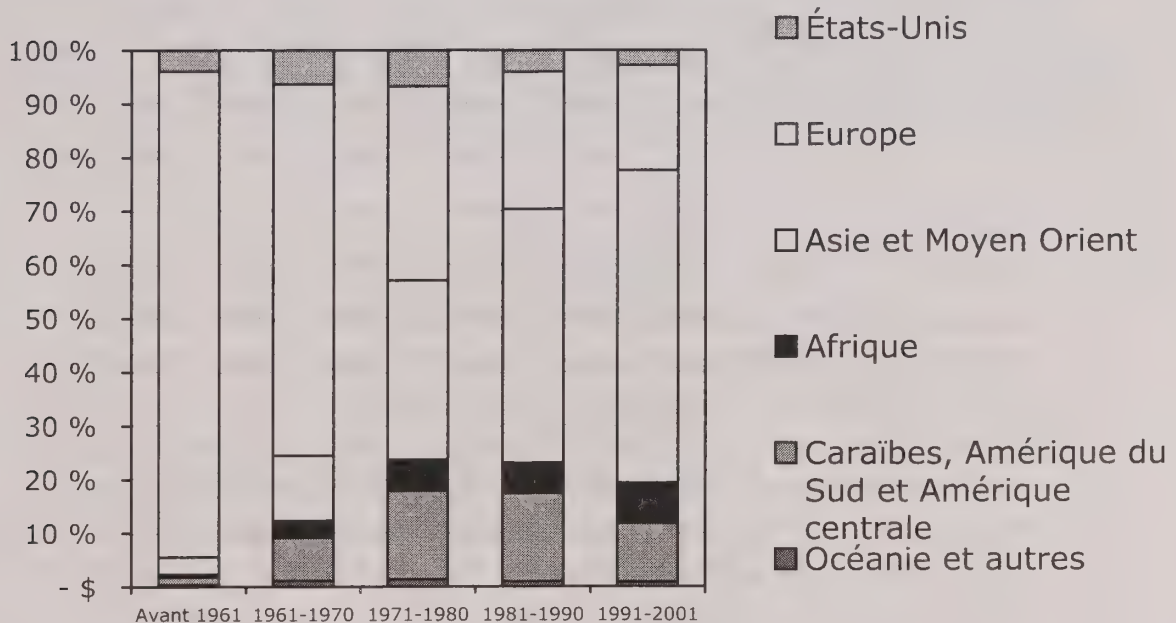
PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

présence moins élevée sur le marché du travail rémunéré et d'un salaire moins élevé pour un emploi rémunéré. En 2005, près d'une aînée sur cinq n'avait jamais travaillé à l'extérieur du foyer. Comme les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles risquent davantage d'épuiser leurs réserves⁴⁸.

2.4 Diversité multiculturelle

L'importance accrue de l'immigration dans la croissance démographique du Canada est un facteur important qui influe déjà sur la composition de la population âgée. La figure ci-dessous illustre les variations dans les pays d'origine des immigrants au Canada pendant la deuxième moitié du XX^e siècle.

Figure 2-3 : Origine des immigrants au Canada, 1961-2001⁴⁹



Cette tendance modifie rapidement la démographie du Canada : entre 1996 et 2001, la population totale a connu une croissance de

⁴⁸ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

⁴⁹ Mémoire présenté par Pamela White, Statistique Canada, 27 novembre 2006, p. 7.

4 p. 100, tandis que les minorités visibles ont augmenté de 25 p. 100. Elle commence déjà à se faire sentir au sein de la population âgée du Canada.

« Au cours des 25 dernières années, un changement radical s'est produit dans la composante immigrante de la population âgée. En effet, [...] près de 20 p. 100, de la totalité des personnes âgées sont originaires d'Europe. Toutefois, les courbes d'immigration en provenance de l'Asie montrent que 5,4 p. 100, soit une personne âgée sur 20 au Canada, est asiatique. Au total, 7,2 p. 100 de la population âgée au Canada sont issus d'une minorité visible. Une telle augmentation en l'espace de dix ans est considérable⁵⁰. »

En outre, la population immigrante est plus âgée en moyenne que la population canadienne dans son ensemble. « Près de 19 p. 100 de la population immigrante au Canada a plus de 65 ans, un pourcentage qui est supérieur à la moyenne nationale de 12,2 p. 100⁵¹. »

2.5 Différences régionales au Canada

Des témoins ont confirmé que les effets du vieillissement de la population ne se font pas sentir de la même façon dans l'ensemble du Canada. « Sauf quelques exceptions, les populations plus âgées au Canada se trouvent à l'est de l'Ontario, tandis que les populations vivant à l'ouest du Québec et dans les territoires sont plus jeunes⁵². » On prévoit que l'écart entre l'âge moyen dans les provinces de l'Est et celui dans les provinces de l'Ouest s'accroîtra à mesure que la population vieillira, comme le montrent les exemples ci-après concernant les différences entre la croissance démographique et la proportion d'aînés dans l'ensemble de la population que Byron Spencer a présentés au Comité. « Les provinces de l'Atlantique et le Québec

⁵⁰ Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

connaîtront un vieillissement de leur population plus rapide que les provinces de l'ouest du pays et des territoires⁵³. »

2.6 Questions urbaines et rurales

Des témoins ont confirmé que l'âge médian dans les zones urbaines tend à être moins élevé que l'âge médian dans les zones rurales. Pamela White, de Statistique Canada, a déclaré au Comité que « de façon générale, l'âge médian de la population habitant dans des régions métropolitaines est plus bas (37,7 ans) que celui de la population habitant ailleurs (40,7 ans)⁵⁴. »

Les zones urbaines et rurales sont confrontées à différents problèmes touchant le soutien des aînés. Dans les régions rurales, l'exode des jeunes, de faibles taux d'immigration, de faibles taux de natalité et la tendance accrue de certains à y prendre leur retraite contribuent au déclin démographique et au vieillissement de la population. Bien que le tiers des aînés canadiens vivent en milieu rural, le déclin démographique représente un défi pour le maintien des services dans ces régions.

« La dynamique rurale/urbaine [...] exacerbe les effets associés à ce vieillissement dans les régions de départ, les petites collectivités et les zones rurales. [...] Dans de nombreuses petites localités de la région de l'Atlantique, il ne reste effectivement que des populations très âgées. L'âge médian peut être de 60 ans, et même plus, dans certaines petites communautés. Cela pose des problèmes de taille pour ce qui est de fournir des services non seulement de santé, mais aussi d'éducation étant donné qu'on se retrouve avec un très petit nombre d'enfants dans les écoles⁵⁵. »

Le Comité a appris que les aînés des collectivités éloignées doivent fréquemment se rendre dans les zones urbaines pour avoir accès à des

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

soins de longue durée. Toutefois, si les centres urbains peuvent offrir les services spécialisés nécessaires, la coordination des services de soutien et des soins prolongés laisse souvent à désirer. Ces problèmes sont exacerbés pour les aînés autochtones, qui éprouvent un sentiment d'aliénation culturelle dans un milieu urbain :

« L'aspect social [des soins] est négligé. La question des repas est un gros problème. C'est d'ailleurs ce que nous ont signalé les représentants des peuples autochtones que nous avons rencontrés. La question des repas et des différences culturelles font problème. C'est assez pour qu'ils retombent malades⁵⁶. »

L'Agence de santé publique du Canada a signalé que 34 villes dans le monde, y compris quatre villes canadiennes, à savoir Portage la Prairie (Manitoba), Saanich (Colombie-Britannique), Sherbrooke (Québec) et Halifax (Nouvelle-Écosse), participent à une initiative visant à favoriser le développement de villes-amies des aînés qui fait la promotion du vieillissement actif et qui met l'accent sur les personnes âgées. L'Agence travaille en collaboration avec Ressources humaines et Développement social Canada, par l'entremise des ministres responsables des aînés, à l'élaboration d'une initiative parallèle qui examinera les facteurs déterminants des villes-amies des aînés dans les petites collectivités ainsi que les collectivités rurales et éloignées du Canada⁵⁷.

2.7 Lacunes dans l'information

Des témoins ont mentionné qu'un certain nombre de sous-groupes de la population et de domaines devraient être étudiés plus avant, notamment les aînés autochtones, les aînés immigrants et les aînés ayant une déficience intellectuelle ou développementale.

⁵⁶ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁵⁷ Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

Par exemple, même si l'on sait que les résultats en matière de santé des Autochtones sont moins bons que ceux de la population canadienne dans son ensemble, l'Organisation nationale de la santé autochtone a souligné la nécessité d'avoir plus d'information sur les aînés autochtones :

« De manière générale, on manque cruellement d'information sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, surtout pour ce qui est des personnes âgées autochtones. On connaît davantage la situation des jeunes, parce qu'il y a tellement de jeunes autochtones⁵⁸. »

Douglas Durst a fait une mise en garde au Comité :

« Il est dangereux d'appliquer des modèles et de réunir ensemble des données relatives à différents groupes. En effet, cela traduit un certain réductionnisme qui invite à des généralisations et à des hypothèses qui peuvent se révéler fausses ou trompeuses⁵⁹. »

Comme l'ensemble de la population canadienne, les aînés vivent des changements dynamiques, ce qui implique que la planification doit être fondée sur les caractéristiques prévues pour l'avenir.

« Pour ce qui est des services de base, il faut également considérer le fait que notre population d'aînés est en pleine évolution. Nous savons que les femmes y sont majoritaires — c'est une évidence. Leur situation financière change, tout comme leur niveau d'instruction. Nous planifions en fonction de la population des aînés dans sa forme actuelle mais, dans dix ans, elle aura changé⁶⁰. »

⁵⁸ Mark Buell, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁵⁹ Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁶⁰ Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

2.8 Questions à examiner plus à fond

Les données démographiques présentées au Comité font apparaître un certain nombre de questions qu'il faudrait approfondir. En outre, le profil démographique de la population vieillissante soulève diverses questions que le Comité intégrera au processus d'élaboration de recommandations dans la deuxième phase de l'étude.

Questions particulières

- Les disparités régionales relatives au vieillissement exacerberont-elles les différences entre les ensembles de services actuellement offerts dans les provinces et les territoires? Les mesures de financement fédérales, provinciales et territoriales tiennent-elles compte des déséquilibres régionaux sur le plan de la population âgée?
- Les femmes âgées sont plus pauvres que les hommes âgés. Prévoit-on que l'écart sera comblé pour les futures cohortes de femmes âgées, qui auront eu une participation accrue au marché du travail? Dans la négative, pourquoi pas?
- De quels types de services les communautés d'immigrants auront-elles besoin à mesure que leurs aînés vieilliront? En quoi ces besoins sont-ils semblables ou différents de ceux de la population en général?

Questions démographiques à prendre en considération au moment de l'élaboration des recommandations

- Le Comité prend note des questions stratégiques suivantes (définies par les ministres fédéraux-provinciaux responsables des aînés⁶¹ dans leur Cadre national sur le vieillissement en 1998) qui l'aideront à évaluer les options stratégiques au moment d'entreprendre la deuxième partie de l'étude :
 - Est-ce que la politique ou le programme traite des divers besoins, situations et aspirations des sous-groupes qui forment la population des aînés (p. ex., l'âge, le sexe, la situation familiale, l'emplacement géographique, le statut d'Autochtone,

⁶¹ À l'exception du Québec.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

les minorités de langue officielle et les communautés ethnoculturelles minoritaires, le revenu et l'état de santé)?

- La politique ou le programme reflète-t-il les réalités particulières de chaque sexe et s'y adapte-t-il?
- Tient-il suffisamment compte de la diversité des différents groupes d'âge de la population âgée du Canada (p. ex., les aînés qui ont vécu la grande crise de 1929 et la guerre, et les différences de langue et de culture)?

3. Aînés à risque

Dans son exposé devant le Comité, le Conseil consultatif national sur le troisième âge a mentionné des groupes d'aînés qui sont confrontés à des problèmes particuliers. « À l'heure actuelle, le bien-être économique de certains aînés continue d'être à risque. [...] Certains groupes, notamment les femmes âgées, les aînés vivant seuls et les aînés immigrants sont particulièrement à risque⁶². » Dans la présente partie, nous nous pencherons également sur d'autres questions importantes pour les aînés, notamment la planification d'urgence ainsi que la violence et la négligence.

3.1 Aînés immigrants

La partie précédente contient certains renseignements au sujet de la diversité ethnoculturelle croissante de la population canadienne, y compris le groupe des aînés. En général, toutefois, le Comité a appris que les politiques et les programmes liés à l'âge continuent de traiter les aînés comme un groupe homogène et, souvent, ne tiennent pas compte de la diversité des besoins, des préoccupations et des situations des aînés des minorités ethnoculturelles⁶³. Il peut y avoir d'importants obstacles à l'accès aux soins de santé et à d'autres services, des obstacles qui résultent des différences linguistiques et culturelles, d'un faible revenu, de la discrimination et du racisme.

⁶² Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁶³ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Aînés en marge : Les aînés des minorités ethnoculturelles*, 2005.

Même si, dans l'ensemble, le bien-être économique des aînés s'est amélioré au cours des dernières décennies du XX^e siècle, il subsiste un écart entre les aînés immigrants et les aînés non immigrants.

« En 1995, les immigrants âgés (hommes) avaient un revenu inférieur de 8,5 p. 100 à celui des hommes nés au Canada et les immigrantes âgées avaient un revenu inférieur de 9,2 p. 100 à celui des femmes nées au Canada. Chez les immigrants âgés, surtout chez les femmes, le taux de pauvreté est plus élevé que chez les aînés nés au Canada. En 1995, 17,5 p. 100 des immigrants âgés et 26,5 p. 100 des immigrantes âgées avaient un faible revenu, comparativement à 11,5 p. 100 des aînés non immigrants et à 23 p. 100 des aînées non immigrantes⁶⁴. »

L'insécurité économique touche plus gravement les aînés immigrants qui sont au Canada depuis moins de dix ans. En fait, plus l'âge au moment de l'immigration est avancé, plus la personne risque de vivre dans la pauvreté⁶⁵ étant donné que l'admissibilité aux programmes gouvernementaux de soutien du revenu pour les aînés est fonction de la période qui s'est écoulée depuis l'arrivée au pays.

Les croyances culturelles particulières au sujet de la maladie et de la santé, les attitudes à propos de la dépendance et de l'autonomie et les obstacles linguistiques peuvent bloquer ou réduire l'accès aux soins de santé et aux soins de longue durée, à l'aide à la famille et aux services communautaires. Le Comité a entendu des témoignages sur la difficulté qu'éprouvent certains établissements de soins à s'adapter aux différents besoins ainsi qu'aux maladies et aux déficiences des aînés immigrants.

3.2 Aînés autochtones

La population autochtone est plus jeune que la population non autochtone du Canada. Près de la moitié des Autochtones du pays ont

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ A. Kazemipur et S. S. Halli, « Poverty Experiences of Immigrants: Some Reflections », *Thèmes canadiens*, avril 2003.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

moins de 20 ans, alors que moins de 6 p. 100 ont plus de 65 ans⁶⁶. Par comparaison, 22 p. 100 de l'ensemble de la population canadienne avaient moins de 20 ans en 2006, et 13 p. 100 étaient âgés de plus de 65 ans⁶⁷. On prévoit toutefois une importante augmentation du nombre d'aînés autochtones.

« Des données statistiques actuelles indiquent que d'ici à 2026, le pourcentage des aînés autochtones aura triplé; bien que nous devions nous efforcer d'obtenir des conditions optimales pour la population âgée du Canada, l'état de santé précaire des aînés autochtones nécessite une attention particulière et des interventions qui tiennent compte des différences culturelles⁶⁸. »

Au Canada, les résultats en matière de santé des Autochtones ont tendance à être moins bons que ceux des autres citoyens, et il en est de même pour les aînés. Chez les Premières nations et les Inuits, les maladies chroniques sont habituellement associées au vieillissement. Le diabète, l'arthrite rhumatoïde et les maladies cardiaques sont plus fréquents qu'ils ne le sont dans la population en général et se manifestent plus tôt⁶⁹.

Les problèmes que soulèvent les piètres résultats en matière de santé sont exacerbés par les conditions dans lesquelles vivent de nombreux Autochtones et par l'accès plus difficile aux soins de santé et aux services d'aide. Douglas Durst a décrit la situation de certains aînés des Premières nations en Saskatchewan :

« La plupart des aînés autochtones restent généralement dans la réserve, au sein de la population. Pour la plupart, ils habitent dans des logements surpeuplés, insalubres et dépourvus

⁶⁶ Leslie MacLean, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

⁶⁷ Statistique Canada, Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires (2005-2031), n° 91-520-XIE au catalogue, 2006.

⁶⁸ Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁶⁹ Leslie MacLean, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

d'eau potable. À partir d'un certain âge, la presque totalité d'entre eux souffrent de diabète de type II. [...] Ils habitent avec leurs familles, mais à mesure qu'augmente leur niveau d'incapacité, ils sont de plus en plus isolés socialement dans la réserve. Ensuite, lorsqu'ils arrivent à Regina, ils sont en mauvaise santé et en mauvaise condition physique et ont grandement besoin de services. Il ne semble pas y avoir une infrastructure solide pour appuyer les soins à domicile et venir en aide aux familles qui s'occupent de leurs proches⁷⁰. »

La petite taille et la situation éloignée de nombreuses collectivités des Premières nations et des Inuits impliquent qu'il faut se déplacer pour obtenir un grand nombre de services médicaux professionnels. En raison d'une préférence pour les soins familiaux et d'une réticence à quitter le domicile pour recevoir des traitements, beaucoup de problèmes de santé ont le temps de s'aggraver et de créer des complications avant que des professionnels de la santé ne soient consultés.

Les aînés autochtones en milieu urbain qui ont accès à des services de santé sont généralement en meilleure santé, mais ils ont tendance à ne pas recourir aux programmes et aux services qui sont offerts et à demeurer ainsi isolés. Le Comité a appris que certains Autochtones en milieu urbain « ne se sentent pas à l'aise de fréquenter des organismes dirigés par des blancs⁷¹ ». Beaucoup se sentent pris dans le système et les gouvernements fédéral, provincial et de bande « se renvoie la balle », ce qui complique l'accès aux programmes et aux services.

Le Comité a appris que, compte tenu des différences importantes sur le plan de la santé et de l'espérance de vie, l'âge pour être admissible aux programmes et aux services destinés aux aînés, qui est habituellement fixé à 65 ans, pourrait ne pas être approprié pour les Autochtones. Dans l'exposé qu'il a présenté devant le Comité, Douglas Durst a signalé que des travaux de recherche réalisés récemment aux

⁷⁰ Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁷¹ *Ibid.*

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

États-Unis recommandent d'utiliser « l'âge de 55 ans comme équivalent de 65 ans » quand il s'agit des Autochtones, et que « nous devrions envisager d'offrir des services et des programmes à un groupe de personnes âgées chronologiquement plus jeunes, à cause de leur état de santé, de leurs conditions sociales, du diabète, etc.⁷² ».

L'état de santé actuel des populations autochtones et l'augmentation prévue du nombre d'aînés font ressortir l'importance de prendre des mesures sans tarder. Selon l'Organisation nationale de la santé autochtone, « des investissements [...] à long terme doivent être effectués dans la santé des personnes au cours de leur vie, de même que dans les infrastructures des collectivités afin de répondre aux besoins des 10 à 25 prochaines années⁷³ ».

L'Organisation nationale de la santé autochtone a également signalé au Comité que les approches s'adressant à tous les Autochtones sans distinction ne sont pas efficaces pour aborder les problèmes auxquels sont confrontés les aînés autochtones. « Les Premières nations, les Inuits et les Métis ont des réalités qui leur sont propres et qui sont influencées par des déterminants tels que la langue, la géographie et la culture. [...] L'élaboration des politiques et la prestation des programmes doivent s'effectuer à partir de données précises qui reflètent les besoins selon les réalités des Premières nations, des Inuits et des Métis⁷⁴. »

3.3 Aînés vivant seuls

De 1991 à 2001, le nombre d'aînés vivant seuls a augmenté, plus particulièrement chez les personnes de plus de 85 ans. Plus d'un million d'aînés vivaient seuls en 2001; près des trois quarts étaient des femmes. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge insiste sur le fait qu'« apprendre à vivre seul après le décès de son conjoint peut

⁷² *Ibid.*

⁷³ Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

⁷⁴ *Ibid.*

représenter un défi important, tant au niveau psychologique que financier⁷⁵.

Les ménages formés d'une seule personne ont invariablement des taux plus élevés de faible revenu que ceux des autres ménages de tous âges au sein de la population canadienne, y compris les aînés. Selon Statistique Canada, les aînés vivant seuls avaient un taux de faible revenu de 15,5 p. 100 en 2004, comparativement à 5,6 p. 100 pour l'ensemble des personnes âgées⁷⁶.

Figure 3-1 : Pourcentage d'aînés ayant un revenu après impôt faible

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les aînés	5,6 p. 100	3,5 p. 100	7,3 p. 100
Familles d'aînés	1,6 p. 100	1,7 p. 100	1,6 p. 100
Aînés seuls	15,5 p. 100	11,6 p. 100	17 p. 100

Source : Statistique Canada, *Le revenu au Canada* - 2004

Les aînés vivant seuls sont plus susceptibles d'avoir du mal à trouver un logement abordable, d'avoir des problèmes de santé et de souffrir d'isolement social. Ils sont aussi généralement moins heureux, comparativement aux aînés vivant avec un conjoint ou avec leurs enfants, en partie parce que ces gens passent plus de temps seuls et qu'ils ont un revenu plus faible⁷⁷.

3.4 Mauvais traitements et négligence

Les mauvais traitements infligés aux aînés peuvent se produire à la maison ou dans un établissement; ils englobent la violence psychologique et physique, l'exploitation financière et la négligence.

⁷⁵ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

⁷⁶ Statistique Canada, *Le revenu au Canada – 2004*, n° 75-202-XIE au catalogue, 2006.

⁷⁷ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

L'Enquête sociale générale sur la victimisation menée en 1999 a révélé que 7 p. 100 des adultes de 65 ans et plus ont indiqué avoir fait l'objet d'une certaine forme de violence émotive ou d'exploitation financière de la part d'un enfant adulte, de leur conjoint ou d'un fournisseur de soins au cours de la période de cinq ans précédant l'enquête. Dans la grande majorité des cas, cette violence a été exercée par le conjoint. Seule une faible proportion d'aînés (1 p. 100) ont déclaré avoir été victimes de violence physique ou sexuelle⁷⁸. Les cas réels de mauvais traitements peuvent toutefois être plus nombreux que ceux signalés étant donné que les victimes peuvent ne pas vouloir signaler les actes commis à leur égard, ou être incapables de le faire, pour diverses raisons, notamment la déficience cognitive, la dépendance par rapport à l'agresseur, les obstacles linguistiques ou culturels, la crainte de représailles et la honte ou la crainte des préjugés.

Comme c'est le cas dans la population générale, la plupart des actes de violence contre des aînés sont commis par quelqu'un que la victime connaît. Il s'agit souvent d'un membre de la famille, d'un ami, d'un soignant, du propriétaire du logement ou du personnel d'un établissement⁷⁹. Certains aînés sont plus à risque que d'autres, notamment les aînés plus âgés, les femmes, les aînés socialement isolés, les aînés handicapés qui sont dépendants, les aînés ayant une capacité cognitive réduite et les aînés dont les soignants abusent d'alcool ou de drogues⁸⁰.

Bien que seulement 7 p. 100 des Canadiens âgés vivent dans un établissement, la violence institutionnelle reste un problème. Elle peut prendre diverses formes : relations inadéquates ou inexistantes entre le personnel et les résidents, soins infirmiers de piètre qualité, vols et fraude, alimentation inadéquate, surpeuplement de l'établissement, manque d'intimité et malpropreté⁸¹. Le Comité a été informé des

⁷⁸ Justice Canada, « La violence à l'égard des personnes âgées – Fiche d'information du ministère de la Justice du Canada », www.justice.gc.ca/fr/ps/fm/adultsfs.html

⁷⁹ Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Détresse cachée : les aînés violentés », *Expression*, vol. 17, no 1, hiver 2003-2004.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p.45.

nouveaux défis que doivent relever les établissements de soins de longue durée. « Les soins à dispenser sont plus complexes et le personnel n'a pas la formation requise. C'est un phénomène qui est en train de se développer devant nos yeux⁸². » Les témoins ont laissé entendre que cet environnement pouvait contribuer à l'épuisement professionnel du personnel, à une baisse de la qualité des soins, à la négligence et à la violence.

Le gouvernement de l'Ontario a présenté un projet de loi qui établira un nouveau système de gouvernance des maisons de soins de longue durée et renforcera l'application de la loi afin d'améliorer les soins et la responsabilisation. Lynn McDonald a parlé du projet de loi 140 de l'Ontario comme d'un modèle largement reconnu pour la façon dont il établit des normes et propose un protocole à suivre en cas de mauvais de traitement à l'égard de personnes âgées⁸³.

3.5 Planification d'urgence

Les crises internationales vécues récemment, notamment l'éclosion du SRAS à Toronto, la vague de chaleur de 2003 en France et l'ouragan Katrina, ont montré à quel point les aînés sont à risque pendant des urgences ou des catastrophes et combien est importante la planification d'urgence qui tient compte des besoins des personnes âgées.

La recherche révèle que ce sont les personnes de plus de 60 ans qui courent le plus grand risque d'être blessées ou tuées en cas de catastrophe⁸⁴. Les aînés qui ont un handicap physique ou une maladie qui touche la mobilité et l'agilité ne sont peut-être pas en mesure d'évacuer rapidement un endroit ou pourraient rater des instructions d'urgence. Ceux qui dépendent de leur famille ou d'un soutien communautaire peuvent être pris au dépourvu si les systèmes de transport et de communication sont en panne. Les aînés à faible revenu et ceux qui dépendent de programmes de soutien du revenu

⁸² Lynn McDonald, Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, Témoignages, 11 décembre 2006.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Catastrophe ! », *Expression*, vol. 19, no 3, été 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

sont aussi vulnérables du fait que ces programmes pourraient temporairement ne pas être disponibles⁸⁵.

Dans le but de déterminer les meilleurs moyens de s'assurer que les adultes âgés sont pris en compte dans tous les aspects de la planification, de l'intervention et de la reprise des activités en situations d'urgence, l'Agence de santé publique du Canada tiendra un atelier international sur les préparatifs en cas d'urgence et les personnes âgées à Winnipeg, en février 2007, où se rencontreront 100 spécialistes mondiaux et personnes âgées venant de partout [...] pour établir un plan d'action et orienter les changements à apporter à la pratique et aux politiques sur la préparation aux situations d'urgence afin de mieux intégrer les contributions et les besoins des personnes âgées⁸⁶.

3.6 Questions à examiner plus à fond

- Dans quelle mesure les politiques et les programmes du gouvernement fédéral sont-ils adaptés aux besoins des aînés immigrants?
- Pour traiter avec les aînés autochtones, le gouvernement fédéral adopte-t-il une approche s'adressant à tous les Autochtones sans distinction?
- Pour avoir accès aux programmes, les aînés autochtones doivent-ils avoir 65 et plus? Compte tenu des problèmes de santé des populations autochtones, n'y aurait-il pas d'autres mesures à prendre?
- Existe-t-il des modèles éprouvés de coordination de services entre plusieurs gouvernements qui pourraient être utiles dans la prestation de services fédéraux, provinciaux et de bande aux aînés autochtones?

⁸⁵ Agence de santé publique du Canada, « Les aînés en situation d'urgence et de désastre : vulnérables, mais solides », Réseau canadien de la santé.

⁸⁶ Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

- Quelles mesures peuvent être prises pour relever le taux de faible revenu et réduire d'autres facteurs de risque pour les aînés vivant seuls?
- Que peut faire le gouvernement fédéral pour prévenir la violence à l'égard des aînés?

4. Participation active à la vie sociale et économique

L'Organisation mondiale de la santé a adopté l'expression *vieillesse active* pour décrire le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse⁸⁷. Pour promouvoir le vieillissement actif, il faut bien comprendre ce que veulent les différents groupes d'aînés et faciliter les rôles qu'ils décident de jouer : emploi rémunéré, bénévolat, prestation de soins et loisirs.

4.1 Promouvoir le vieillissement actif, le bien-être et la participation

On a indiqué au Comité que les Canadiens vivent non seulement plus longtemps qu'avant, mais qu'ils vivent également plus longtemps en bonne santé. Pour conserver la santé et la qualité de vie pendant le laps de temps additionnel, il importe, entre autres, de pouvoir se livrer à des activités enrichissantes et s'intégrer à des réseaux sociaux.

« Une des opinions les plus couramment acceptées consiste à trouver un sens et une utilité aux activités de la personne concernée. On a constaté que les activités significatives sur le plan personnel et librement choisies sont corrélées à des résultats physiques et psychologiques positifs⁸⁸. »

⁸⁷ Nations Unies – Organisation mondiale de la santé, *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*, 2002.

⁸⁸ Statistique Canada, *Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés*, Enquête sociale générale sur l'emploi du temps, cycle 19, 2005, n° 89-622-XWF au catalogue.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

Bien que les aînés en santé continuent d'être actifs auprès de leurs familles et dans leur collectivité, leur emploi du temps n'est plus le même. Statistique Canada a constaté qu'en 2005, un plus grand nombre de Canadiens âgés de 55 à 74 ans faisaient partie de la population active, travaillaient jusqu'à un âge plus avancé et consacraient moins de temps aux loisirs, en comparaison avec 1992 et 1998⁸⁹.

« Occuper un emploi rémunéré après l'âge normal de la retraite (à condition de le faire de son plein gré et non à cause de difficultés financières) semble améliorer la qualité de vie, tout comme faire du bénévolat et s'occuper des petits-enfants. Ces activités ont toutes pour effet de préserver l'intégration de la personne à un réseau social de collègues, d'amis et de membres de la famille. [...] Le soutien social qu'apporte un tel réseau aide les personnes âgées à conserver une qualité de vie si la maladie survient⁹⁰. »

Pamela White a indiqué au Comité qu'un mauvais état de santé pèse toujours lourd sur les personnes âgées :

« Mais comme ces années de vie en bonne santé se sont accrues au même rythme que leur espérance de vie, le fardeau sur l'ensemble de leur cycle de vie que représentent les années de vie passées en mauvaise santé est demeuré à peu près le même au cours de la dernière décennie⁹¹. »

Statistique Canada a établi une forte corrélation entre l'état de santé, la vie active, la satisfaction de vivre et l'emploi du temps des Canadiens âgés.

⁸⁹ Statistique Canada, *Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés*, 2005, p. 29.

⁹⁰ Mel Bartley, *Capability and Resilience: Beating the Odds*, sous la dir. de Mel Bartley, University College of London, Department of Epidemiology and Public Health et Economic and Social Research Council Priority Network on Capability and Resilience, 2006. [traduction]

⁹¹ Pamela White, Statistique Canada, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

« En fait, l'état de santé a une incidence significative sur le temps consacré à diverses activités. Les personnes en bonne santé consacraient plus de temps au travail rémunéré, au travail non rémunéré et aux loisirs. En règle générale, l'adéquation ou l'équilibre des activités chez les femmes en bonne santé et satisfaites de leur vie reposait notamment sur un moins grand nombre d'heures passées à faire du travail rémunéré pour celles qui étaient en âge d'activité que pour celles qui étaient en bonne santé et moins satisfaites de leur vie. Les femmes en bonne santé et satisfaites de leur vie consacraient également plus de temps à des loisirs actifs comme des activités cognitives et physiques. Aucun ensemble constant d'activités n'a été mis au jour d'un groupe d'âge à l'autre pour les hommes en bonne santé et satisfaits de leur vie. Quel que soit le groupe d'âge, les hommes et les femmes en moins bonne santé et moins satisfaits de leur vie consacraient toujours le plus de temps aux loisirs passifs⁹². »

Les aides techniques, tels que les dispositifs de communication, les aides visuelles et auditives, les prothèses externes et les orthèses, les fauteuils roulants et les aides de marche peuvent prolonger la participation des aînés à la vie sociale. Malheureusement, elles peuvent être coûteuses et difficiles à obtenir; elles supposent l'intervention de divers ministères ou services publics et occasionnent des dépenses qui ne sont pas remboursées par les régimes publics et privés dans le cas de 36 p. 100 des adultes⁹³.

⁹² Statistique Canada, *Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés*, 2005, p. 29.

⁹³ Caledon Institute of Social Policy, *Preparing for the Demographic Tsunami*, juillet 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

4.2 Sécurité financière et retraite

Le soutien du revenu est l'un des secteurs d'intervention gouvernementale les plus importants en ce qui a trait aux aînés. Depuis le début des années 1980, la mise en œuvre d'un ensemble de politiques et de programmes a entraîné une réduction considérable du nombre d'aînés vivant dans la pauvreté; leur proportion s'établissait à 5,6 p. 100 en 2004, alors qu'elle était de 6,8 p. 100 en 2003 et de 21 p. 100 en 1980. Il s'agit du taux le plus bas d'aînés ayant un faible revenu qui a été enregistré au cours de la période de 25 ans allant de 1980 à 2004 et pour laquelle Statistique Canada possède des données. Peter Hicks a signalé que le taux du Canada avait reculé, « [...] se classant parmi les pires des pays de l'OCDE pour devenir l'un des meilleurs, sinon le meilleur, au cours de cette période⁹⁴ ».

La proportion de gens à faible revenu chez les aînés (5,6 p. 100 en 2004) est inférieure au taux global enregistré pour la population canadienne (11,2 p. 100). Cependant, comme on l'a mentionné précédemment, la pauvreté guette davantage certains groupes d'aînés, comme ceux vivant seuls. Le taux de faible revenu des personnes âgées vivant seules est dix fois supérieur à celui des aînés vivant dans une famille : 16 p. 100 contre 1,6 p. 100. Les femmes âgées, dont le taux de faible revenu est de 17 p. 100, risquent presque deux fois plus d'avoir un faible revenu, mais ce taux qui était de 57 p. 100 en 1980 a baissé au cours des deux dernières décennies. Chez les hommes âgés, le taux est passé de 47 p. 100 en 1980 à 12 p. 100 en 2004⁹⁵.

Bien que les taux de revenu aient généralement reculé chez les aînés, les inégalités au chapitre du revenu de retraite ont commencé à s'accroître et l'on ne s'attend pas à un revirement. Comme l'a fait observer Robert Dobie : « Il devient évident que les inégalités au chapitre du revenu de retraite augmenteront à l'avenir⁹⁶. »

⁹⁴ Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

⁹⁵ Statistique Canada, *Le revenu au Canada 2004*, mars 2006, p. 20.

⁹⁶ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

Les principales sources de revenu pour les aînés sont les transferts gouvernementaux, les régimes de retraite privés, le travail rémunéré et la richesse accumulée tout au long de la vie⁹⁷.

En 2004, 99 p. 100 des aînés, ceux qui vivaient seuls comme ceux qui vivaient dans une famille, ont reçu un certain revenu sous forme de transferts gouvernementaux. Ces transferts provenaient en grande partie du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec, de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti. Même si le niveau médian de transferts gouvernementaux destinés aux personnes âgées est demeuré relativement constant au cours de la dernière décennie, les transferts constituent encore une partie non négligeable des revenus des personnes âgées : en 2004, les transferts gouvernementaux entrant dans la composition du revenu global des familles d'aînés étaient presque six fois supérieurs à ceux des autres familles. En 2004, dans chaque tranche de 100 \$ du revenu des familles d'aînés avant impôt, 41 \$ provenaient des transferts gouvernementaux, comparativement à tout juste plus de 7 \$ pour les autres familles. Des 59 \$ restants, 34 \$ provenaient de régimes de retraite privés (une hausse par rapport à 27 \$ en 1996), 12 \$ de leurs gains, 10 \$ de revenus de placements et le reste d'autres revenus⁹⁸.

Emploi et retraite

La nouvelle réalité démographique découlant du vieillissement de la population active et les pénuries de main-d'œuvre possibles donnent lieu à des discussions au sujet de mesures de rechange concernant le cycle de vie professionnelle. Bien que la plupart des aînés prennent leur retraite à l'âge de 65 ans, un petit pourcentage décide de continuer de travailler. En fait, « environ un tiers des personnes ayant pris leur retraite entre 1992 et 2002 étaient des gens bien portants qui auraient été disposés à continuer à travailler si les circonstances avaient été différentes⁹⁹ ». Le pourcentage de travailleurs aînés est

⁹⁷ Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1999 et après – *Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1999, p. 71.

⁹⁸ Statistique Canada, *Le revenu au Canada 2004*, n° 75-202-XIF au catalogue, 2006.

⁹⁹ René Morissette, Grant Schellenberg et Cyntia Silver, « Inciter les travailleurs âgés à rester au poste », *L'emploi et le revenu en perspective*,

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

passé de 6 p. 100 en 2001 à 8 p. 100 en 2005¹⁰⁰. Un grand nombre de personnes âgées se remettent à travailler, la plupart à temps partiel, après une période de retraite¹⁰¹. La croissance de l'emploi chez les aînés de 65 à 69 ans, soit le groupe d'âge dans lequel l'emploi s'est accru le plus rapidement en 2004, a contribué à accroître de 30 p. 100 le revenu du marché de la famille moyenne de personnes âgées de 1996 à 2004¹⁰².

La retraite obligatoire a été interdite en Alberta, au Manitoba, en Ontario, au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. En Ontario, la loi à cet égard est entrée en vigueur en décembre 2006. La Saskatchewan a présenté en novembre 2006 un projet de loi visant à mettre fin à la retraite obligatoire, et le premier ministre de la Colombie-Britannique, Gordon Campbell a déclaré que son gouvernement se pencherait sur la question dans le cadre des travaux de l'assemblée législative au printemps 2007¹⁰³. Le nombre d'aînés qui disent avoir été contraints à prendre leur retraite en raison de politiques de retraite obligatoire est passé de 16,2 p. 100 en 1994 à 14,5 p. 100 en 2002¹⁰⁴. L'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a indiqué que la retraite obligatoire avait des répercussions négatives sur la vie de nombreux Canadiens : « [...] nous entendons souvent parler de gens pour qui la retraite obligatoire signifie pauvreté, isolement social et fin d'une vie active intéressante. Ce sont tous des éléments qui peuvent conduire à des maladies physiques ou mentales, et j'ajouterais que ce sont aussi des éléments qui font peser inutilement un poids sur le système des soins de santé. Par contre, si nous n'obligeons pas ces gens à prendre

vol. 5, n° 10, n° 75-001-XIF au catalogue, Statistique Canada, octobre 2004, p. 3.

¹⁰⁰ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 57.

¹⁰¹ Santé Canada, *Vieillir au Canada*, Ottawa, 2002, p. 15.

¹⁰² Statistique Canada, *Le revenu au Canada 2004*, n° 75-202-XIF au catalogue, 2006.

¹⁰³ Cinthia Ross Cravit, « B.C., Saskatchewan to end mandatory retirement », *CARP News Articles*, CARP – Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus, www.carp.ca, 17 janvier 2007.

¹⁰⁴ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 60.

leur retraite, nous contribuons à leur indépendance et à leur qualité de vie¹⁰⁵ ».

On a fait savoir au Comité que des formes de discrimination fondée sur l'âge persistaient dans les provinces où la retraite obligatoire avait été abolie. « [M]ême dans les régions où la retraite n'est plus obligatoire, des travailleurs plus âgés continuent d'être confrontés au problème de l'âgisme car certains employeurs exercent de la discrimination dans leurs pratiques d'embauche¹⁰⁶. » Ressources humaines et Développement social Canada a fait mention d'un investissement effectué récemment par le gouvernement, un montant de « 70 millions de dollars [affecté] à la mise en œuvre d'un nouveau programme national à frais partagés avec les provinces et les territoires, soit l'Initiative ciblée pour les travailleurs âgés¹⁰⁷ », qui vise à aider les travailleurs âgés sans emploi à demeurer des participants productifs au marché du travail pendant que leurs collectivités s'adaptent aux changements qu'elles subissent.

La CARP – Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus et la Fédération internationale du vieillissement estiment toutes deux qu'un examen approfondi de la réforme des pensions s'impose pour éliminer les obstacles à l'emploi continu des aînés qui voudraient rester sur le marché du travail. Elles ont toutefois signalé qu'il convient d'étudier soigneusement toute réforme proposée pour s'assurer que rien n'obligerait les aînés préférant prendre leur retraite à continuer de travailler (par exemple en repoussant l'âge de l'admissibilité à la retraite) ou que rien n'amoincirait les prestations des travailleurs qui planifient leur retraite en fonction des modalités actuelles. La Fédération internationale du vieillissement a fait observer que de nombreux autres pays développés ont procédé à une réforme des pensions pour régler cette question.

¹⁰⁵ Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

Régime de pensions du Canada et régimes privés

Établi en 1966, le Régime de pensions du Canada (RPC) fournit à plus de trois millions de retraités canadiens des prestations pouvant s'élever jusqu'à 844 dollars par mois. À titre de gestionnaires conjoints du RPC, les ministres fédéral et provinciaux des Finances ont mené à bien un examen financier triennal du Régime en juin 2006¹⁰⁸, et l'on a affirmé au Comité que « les changements apportés au Régime de pensions du Canada ont permis d'assurer les assises du Régime au moins pour les 75 années à venir, y compris pendant les années où le vieillissement de la population sera à son niveau le plus élevé¹⁰⁹ ».

Comme les prestations sont reliées au revenu d'emploi, un fossé subsiste entre hommes et femmes sur le plan de la protection. En 2002, seulement 83,8 p. 100 des femmes âgées de 65 ou plus qui ont soumis une déclaration de revenus ont déclaré un revenu provenant du RPC ou Régime de rentes du Québec (RRQ), comparativement à 94,5 p. 100 chez les hommes¹¹⁰. Le travail non rémunéré, le plus souvent effectué par des femmes et incluant les soins prodigués aux enfants ainsi qu'aux aînés, met fin au travail rémunéré ou le réduit et restreint la capacité des femmes d'accumuler des prestations de retraite ainsi qu'une épargne-retraite.

De nombreux témoins ont indiqué au Comité qu'il fallait réduire les mesures dissuadant les cotisants de retarder l'heure de la retraite. L'une de ces mesures se trouve dans la structure même du RPC :

« Nous pouvons choisir de recevoir les prestations de retraite du Régime de pensions du Canada dès l'âge de 60 ans, ou attendre à 70 ans, l'âge normal pour le faire étant défini comme étant 65 ans. La personne âgée de moins de 65 ans qui décide de se

¹⁰⁸ Ministère des Finances du Canada, « Un examen conclut que le Régime de pensions du Canada est en bonne santé financière », 27 juin 2006, www.fin.gc.ca/cpp/news/20060627_f.html

¹⁰⁹ Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

¹¹⁰ Ken Battle, *Sustaining Public Pensions in Canada: A Tale of Two Reforms*, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy, 2003, www.caledoninst.org/PDF/553820622.pdf

prévaloir de ce choix reçoit des prestations réduites. La réduction en question est plus ou moins axée sur l'espérance de vie en moyenne. La personne qui décide d'attendre à un âge plus avancé reçoit des prestations accrues, mais celles-ci n'augmentent pas autant que l'espérance de vie diminue après l'âge de 65 ans. D'un point de vue politique, il est clair que le Régime de pensions du Canada incite les gens à ne pas retarder le moment de se prévaloir des prestations après l'âge de 65 ans, mais plutôt à les prendre dès qu'ils le peuvent¹¹¹. »

Les revenus provenant de régimes de retraite privés sont le signe d'un niveau plus élevé de revenus de retraite¹¹². Toutefois, moins de 50 p. 100 des aînés profitent de régimes de retraite privés¹¹³. On a fait valoir au Comité que « moins du tiers des Canadiens qui ne sont pas employés dans la fonction publique souscrivent à un régime de pension privé¹¹⁴ ».

À la protection insuffisante qu'offrent les régimes de retraite privés s'ajoute, dans bien des cas, l'impossibilité de transférer les fonds de retraite : « Parmi les Canadiens ayant une couverture quelconque [...], bon nombre ne seront pas couverts parce qu'ils ont changé d'emploi et que leur couverture n'a pas suivi. Cela préoccupe sérieusement les travailleurs à faible revenu. Il est rare que ces gens-là aient une protection importante auprès de régimes de retraite privés¹¹⁵. »

Une récente étude de Statistique Canada révèle que, au chapitre des cotisations de retraite, le fossé va s'élargissant de manière abrupte entre les familles qui se trouvent au sommet de l'échelle de rémunération et celles qui s'en trouvent au bas. Le mûrissement du RPC et du RRQ a entraîné une réduction sensible de l'inégalité du revenu chez les personnes âgées, depuis le début des années 1980

¹¹¹ Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

¹¹² Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 39.

¹¹³ *Ibid*, p. 34.

¹¹⁴ Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

¹¹⁵ *Ibid*.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

jusqu'au milieu des années 1990. Or, l'inégalité croissante au chapitre des cotisations de retraite pourrait accentuer la répartition inégale du revenu chez les aînés au cours des prochaines années¹¹⁶.

Les plafonds imposés aux pensions constituent un autre frein à la participation de certains retraités au marché du travail, dont les enseignants et le personnel infirmier. Voici ce qu'un témoin a dit au Comité : « Actuellement, il y a une désincitation pour ce qui est de faire revenir les gens dans la population active, leur pension étant plafonnée à 58 000 \$. Si un enseignant, par exemple, touche une pension de 45 000 \$ ou 50 000 \$, dès qu'il trouve un autre emploi, pour lequel il est payé 58 000 \$ ou 60 000 \$, il travaille alors absolument gratuitement. Ce plafonnement constitue actuellement une désincitation¹¹⁷. »

Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti

Le programme de la Sécurité de la vieillesse (SV) offre un revenu de base aux personnes âgées de plus de 65 ans qui ont vécu au Canada pendant au moins dix ans. Les prestations versées dans le cadre du programme comprennent la pension de la SV, le Supplément de revenu garanti (SRG) et l'Allocation au conjoint. En 2005-2006, environ 4,2 millions de personnes ont touché des prestations de la SV, ce qui représente un total de 29 milliards de dollars¹¹⁸.

Selon l'actuaire en chef du Canada, de 2005 à 2030, le nombre de personnes qui toucheront des pensions de la SV augmentera de plus du double¹¹⁹, entraînant une augmentation du ratio entre les dépenses de la SV et le PIB, lequel passera de 2,4 p. 100 en 2010 à 3,2 p. 100

¹¹⁶ Statistique Canada, « La protection en matière de pensions et l'épargne-retraite des familles canadiennes », *Le Quotidien*, 26 septembre 2006.

¹¹⁷ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

¹¹⁸ Ressources humaines et Développement social Canada, C-36 : Loi modifiant le Régime de pensions du Canada et la Loi sur la sécurité de la vieillesse, 28 novembre 2006.

¹¹⁹ Vérificateur général du Canada, *Rapport du Vérificateur général à la Chambre des communes*, chapitre 6 : Sécurité de la vieillesse, novembre 2006.

en 2030¹²⁰. Byron Spencer a indiqué au Comité: « Les programmes gouvernementaux demeureront gérables, du moins en réaction au vieillissement de la population. Encore là, ce n'est pas une opinion répandue. La plupart des gens pensent que l'augmentation des coûts des soins de santé, qu'ils attribuent de toute évidence au vieillissement de la population, feront sauter la banque — en particulier, les budgets des gouvernements — ce qui rendra les choses ingérables. À mon avis, c'est tout simplement faux. C'est faux en ce qui concerne le régime de pension de l'État, les programmes de la sécurité du revenu et des soins de santé¹²¹. »

De même, dans le témoignage présenté au Comité sénatorial permanent des banques et du commerce au début de l'année, l'actuaire en chef du Canada a confirmé que « ce régime devrait continuer de bien fonctionner et d'être à la fois abordable et soutenable dans le futur malgré les changements démographiques. Une revue régulière du système permettra de s'assurer que cela soit toujours le cas¹²² ».

Le Comité tient également à s'assurer qu'on ne ménage aucun effort pour réduire le nombre d'aînés qui ne reçoivent pas les prestations de la SV auxquelles ils ont droit. Chaque année entre 1999-2001 et 2003, le nombre de personnes qui ne touchaient pas le SRG mais qui y avaient droit a diminué de 34 p. 100¹²³. Par contre, on estime que 3 p. 100 des aînés, environ 137 000 en 2003, ne l'avaient pas reçu même s'ils y étaient admissibles; les prestations non versées totalisaient 204 millions de dollars. Les membres du Comité et les témoins de Ressources humaines et Développement social Canada ainsi que de Service Canada ont discuté des moyens utilisés par Service Canada pour prendre contact avec les aînés qui ne présentent pas de demande de renouvellement; on s'est demandé si les aînés qui

¹²⁰ Comité sénatorial permanent des banques et du commerce, *La bombe à retardement démographique : Atténuer les effets des changements démographiques au Canada*, juin 2006.

¹²¹ Byron Spencer, Université McMaster, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

¹²² Comité sénatorial permanent des banques et du commerce, *La bombe à retardement démographique : Atténuer les effets des changements démographiques au Canada*, juin 2006.

¹²³ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 41.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

sont avisés du renouvellement par lettre uniquement se heurtaient à un obstacle linguistique.

Pendant que le Comité tenait ses audiences, la ministre des Ressources humaines et du Développement social a déposé un projet de loi visant à modifier le RPC et la SV, afin de faciliter aux aînés la présentation des demandes de prestations et d'assouplir les conditions d'admissibilité de certains prestataires. Le projet de loi C-36 prévoit le renouvellement continu des prestations, abolissant l'exigence des demandes de renouvellement une fois qu'une première demande a été présentée. Il permettrait aussi à la Ministre d'administrer conjointement les prestations provinciales destinées aux aînés en vertu d'ententes fédérales-provinciales et simplifierait la déclaration de revenus des couples et des aînés¹²⁴.

Les prestations de la SV sont rajustées tous les trois mois en fonction de l'indice des prix à la consommation, mais la dernière fois où le montant de base du SRG a été majoré remonte à 1985. Comme les augmentations de salaires et de traitements dépassent généralement les augmentations de l'indice des prix à la consommation depuis vingt ans, l'écart de niveau de vie s'élargit entre les bénéficiaires du SRG et la population en âge de travailler¹²⁵. Dans certains cas, le SRG ne permet pas aux aînés, en particulier ceux qui sont seuls, de vivre au-dessus du seuil de faible revenu. En 2004, une personne seule qui ne touchait que la SV et le SRG recevait tout au plus 12 239 \$, soit une somme inférieure au seuil de faible revenu des zones urbaines¹²⁶. L'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a indiqué au Comité que l'établissement d'une tranche de revenu supplémentaire pour laquelle le SRG ne serait pas récupéré permettrait de régler ce problème.

¹²⁴ Ressources humaines et Développement social Canada, C-36 : Loi modifiant le Régime de pensions du Canada et la Loi sur la sécurité de la vieillesse, 28 novembre 2006.

¹²⁵ Georgina Barnwell, *Women and Public Pensions: Working Towards Equitable Policy Change*, initiative des centres pour femmes dans l'Ouest de la Nouvelle-Écosse, janvier 2006.

¹²⁶ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada - Bulletin 2006*.

4.3 Bénévolat

Pour de nombreux adultes âgés, le bénévolat représente une occasion de continuer à faire valoir leurs compétences et d'éprouver un sentiment d'utilité pendant une période de transition. Le travail non rémunéré peut également contribuer à forger un sentiment d'identité et d'appartenance, et constitue un moyen de rendre à la société ce qu'elle a donné¹²⁷.

Les jeunes aînés représentent l'un des plus grands bassins de bénévoles. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a indiqué au Comité que les jeunes aînés font de plus en plus de bénévolat auprès d'aînés plus âgés. Les aînés ne constituaient que 12 p. 100 de la population canadienne en 2000, mais leur travail bénévole représentait près de 17 p. 100 de toutes les heures de bénévolat encadré au Canada. Même si le nombre d'aînés effectuant du bénévolat est passé de 23 à 18 p. 100 entre 1997 et 2000, le nombre moyen d'heures de bénévolat par habitant s'est accru, passant de 202 à 269¹²⁸.

L'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a souligné les avantages du bénévolat intergénérationnel :

« Les possibilités qui s'offrent à nous sont innombrables si nous réussissons à réunir les jeunes et les aînés afin qu'ils échangent, partagent et apprennent les uns des autres, que ce soit sur le plan des compétences, de l'expérience et des idées. Des initiatives intergénérationnelles comme le mentorat, le counseling, la consultation et le coaching peuvent permettre autant aux jeunes qu'aux aînés d'améliorer leurs connaissances tout en créant une dynamique forte, intéressante et productive, que ce soit au travail, dans la communauté ou dans la société — et cela peut

¹²⁷ Statistique Canada, Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés, juillet 2006.

¹²⁸ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

énormément contribuer à réfuter les idées répandues sur le vieillissement¹²⁹. »

On a aussi attiré l'attention du Comité sur la distinction entre bénévolat officiel et bénévolat non officiel, ainsi que sur le rôle important des réseaux sociaux informels à l'appui des aînés :

« Dans les communautés autochtones, la nature communautaire de la société fait en sorte que chacun apporte une aide informelle et c'est fondamental pour permettre aux personnes âgées de rester dans ces communautés. On y partage même la nourriture. Surtout dans les localités inuites, où la nourriture coûte tellement cher, beaucoup de chasseurs partagent leur nourriture avec les personnes âgées de leur communauté, ce qui leur rend la vie beaucoup plus facile¹³⁰. »

L'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a également suggéré au Comité l'adoption de mesures visant à fortifier le secteur bénévole, notamment au moyen de crédits d'impôt et d'une indemnité pour les bénévoles, ainsi que d'une aide financière pour la création d'une solide infrastructure pour le recrutement, la sélection, la formation, la surveillance, l'évaluation et la reconnaissance.

4.4 Apprentissage continu

En raison du ralentissement prévu des taux de croissance de la population active, il est nécessaire de mettre le plus possible en valeur le potentiel de ressources humaines de tous les segments de la population. Les témoins ont signalé au Comité que les Canadiens âgés sont, pour la plupart, en bonne santé et en mesure d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, y compris dans le domaine de la technologie. On considère que l'apprentissage continu est non seulement un moyen de favoriser la participation des aînés à la vie

¹²⁹ Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹³⁰ Mark Buell, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

sociale et économique, mais également une stratégie visant à garantir la prospérité et la productivité du pays.

4.5 Questions à examiner plus à fond

- Quelles mesures de planification et de coordination les gouvernements ont-ils prises pour aider les aînés à obtenir les aides techniques dont ils devraient avoir besoin?
- Y a-t-il d'autres mesures que le gouvernement fédéral peut prendre ou devrait prendre à l'égard de la retraite obligatoire?
- L'Initiative ciblée pour les travailleurs âgés permet-elle vraiment de régler les problèmes d'emploi des travailleurs âgés?
- À quelle réforme des pensions conviendrait-il de procéder? Quels sont les pays qui ont procédé à une réforme fructueuse? Quels enseignements le Canada peut-il en tirer?
- Que peut-on faire pour améliorer la transférabilité des régimes de pension?
- Devrait-on envisager de modifier les conditions d'admissibilité au RPC?
- Conviendrait-il de rajuster la structure de prestations du RPC pour en supprimer les mesures dissuadant les cotisants de retarder l'heure de la retraite?
- Que peut-on faire pour accroître la protection offerte par les régimes de retraite privés et pour réduire les inégalités relativement aux épargnes et à l'investissement effectués aux fins de la retraite?
- Faudrait-il examiner l'incidence des plafonds de retraite sur la participation au marché du travail, afin de supprimer les freins à l'emploi continu?
- Conviendrait-il de rajuster le SRG pour qu'il corresponde au moins au seuil de faible revenu?
- D'autres mesures s'imposent-elles pour réduire davantage le nombre d'aînés qui ne reçoivent pas le SRG mais qui y sont admissibles?

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

- Convierait-il de soustraire d'autres revenus d'emploi à la disposition de récupération du SRG?
- Devrait-on envisager d'autres moyens de communication avec les aînés pour les informer des prestations offertes?
- Quelles mesures faudrait-il envisager pour encourager le bénévolat?
- Que fait le gouvernement pour favoriser l'apprentissage continu chez les aînés?

5. Santé : promotion, prévention et soins

« Les Canadiens vivent non seulement plus longtemps, mais ils vivent également plus longtemps en bonne santé¹³¹. »

Diverses définitions ont servi à évaluer le vieillissement en santé. Même si certaines études définissent la santé comme étant l'absence de maladie ou de troubles chroniques, il est plus fréquent d'aborder la santé sous l'angle du dysfonctionnement d'une personne et des perceptions positives de sa santé. C'est cette approche qu'adopte l'Organisation mondiale de la santé selon qui « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans sa récente analyse d'une vie saine chez les aînés, Statistique Canada a retenu quatre critères pour déterminer si un aîné peut être considéré comme étant « en bonne santé » : avoir une bonne santé fonctionnelle, être autonome dans les activités de la vie quotidienne, avoir une perception positive de sa santé générale ainsi qu'une perception positive de sa santé mentale¹³².

Même si la majorité des quelque quatre millions d'aînés au Canada étaient en bonne santé en 2003, ces personnes font appel de façon disproportionnée au système de soins de santé. Les aînés représentent

¹³¹ Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

¹³² Statistique Canada, « Des aînés en bonne santé », *La santé de la population canadienne – La santé au troisième âge*, Supplément aux Rapports sur la santé, vol. 16, no de catalogue 82-003-XPE, février 2006, p. 10.

13 p. 100 de l'ensemble de la population, mais ils comptent pour le tiers des hospitalisations et plus de la moitié des journées d'hospitalisation¹³³, et pour 44 p. 100 de l'ensemble des dépenses engagées au titre des soins de santé¹³⁴. Néanmoins, du point de vue de la viabilité financière, l'incidence prévue du vieillissement de la population sur le système de santé du Canada ne semble pas aussi inquiétante que certains pourraient le craindre.

Byron Spencer a parlé au Comité d'une étude menée récemment par l'OCDE, qui a isolé les effets du vieillissement de la population sur l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE au cours des 30 dernières années. L'étude a permis d'établir que 11 p. 100 des augmentations étaient attribuables au vieillissement de la population, ce qui concorde avec les propres constatations de M. Spencer. La Direction de la recherche appliquée et de l'analyse de Santé Canada donne raison à ce dernier; après avoir entrepris un examen exhaustif des incidences du vieillissement sur le système de santé du Canada, elle a conclu que « le vieillissement découlant d'une longévité accrue – qui explique le vieillissement de la population observé jusqu'à présent – ne semble pas exercer de pressions sur les coûts des soins de santé ». Son examen démontre toutefois que « le vieillissement engendré par l'explosion démographique de l'après-guerre exercera davantage de pressions sur les coûts, mais que ces effets seront moins importants que les pressions exercées par d'autres causes de la hausse des coûts des soins de santé, telles que l'augmentation de l'utilisation des services ou les nouveaux traitements¹³⁵ ». Selon l'OCDE, les percées en technologie médicale et l'augmentation rapide des soins de santé sont en fait les principales sources de pression à la hausse sur les dépenses publiques en santé à long terme¹³⁶. La pression pourrait toutefois être plus intense sur les

¹³³ Statistique Canada, « Rapports sur la santé : utilisation des services de santé par les personnes âgées », *Le Quotidien*, 7 février 2006.

¹³⁴ Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

¹³⁵ Sara Hogan et Jeremey Lise, « Espérance de vie, espérance de vie en santé et cycle de vie », *Horizons*, vol. 6, n° 2, p. 17.

¹³⁶ Organisation de coopération et de développement économiques, Selon une nouvelle étude, les pressions à la hausse vont s'accroître sur les dépenses publiques de santé, au-delà même des effets du vieillissement de la société, 9 février 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

dépenses engagées spécialement au titre des services de soins à long terme et des services de soins professionnels que sur tout autre secteur de la santé par suite du vieillissement de la population¹³⁷.

La Fédération internationale du vieillissement a mentionné au Comité qu'une perspective de vieillissement en santé pouvait inspirer une orientation stratégique qui aurait des incidences à long terme :

« Après avoir examiné les politiques et les programmes liés au vieillissement de nombreux pays qui ne sont pas différents du Canada et après avoir réfléchi sur le travail des ONG membres qui représentent 50 millions d'aînés dans le monde, je pose moi-même la question suivante : quelle est l'unique intervention globale qui pourrait avoir une influence quelconque sur chacun de ces enjeux? La réponse est « le vieillissement en santé ». La mise en garde que je fais concernant cette expression, c'est que le vieillissement — le fait de devenir vieux — n'est pas un problème de santé et ne devrait pas être perçu de la sorte. Il s'agit plutôt du cours normal de la vie. À mon sens, le vieillissement débute à la naissance et, tout au long de notre vie, nous expérimentons des changements et nous avons parfois besoin de services et de soins spécialisés¹³⁸. »

Cette perspective de vieillissement en santé exige un engagement à long terme envers une vaste gamme d'influences ou de déterminants – sur le plan économique, comportemental, social, personnel et physique ainsi que sur le plan de la santé et des services sociaux – qui touchent les personnes, les familles et les pays. Jane Barratt a affirmé qu'une orientation stratégique sur le vieillissement en santé au cours

¹³⁷ Organisation de coopération et de développement économiques, « Les pressions budgétaires à prévoir pour les dépenses relatives aux soins de santé et aux soins de longue durée », chap III, *Perspectives économiques de l'OCDE* N° 79, 2006.

¹³⁸ Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, *Témoignages*, 11 décembre 2006.

de la vie peut avoir des avantages à long terme pour la société, y compris des retombées économiques.

5.1 Promotion de la santé

Le concept central de la promotion de la santé est que la santé dépend de nombreux facteurs sociaux, psychologiques et biologiques liés entre eux et susceptibles d'être influencés par des interventions individuelles et collectives. La promotion de la santé vise à améliorer la santé de la population en tenant compte des déterminants de la santé.

Les témoins ont souligné l'importance de la promotion de la santé dans une stratégie globale visant l'amélioration de la santé et du bien-être des aînés.

« [...] pour être efficace, le système de santé doit mettre autant l'accent sur la promotion de la santé que sur les soins de santé. Les causes de certaines maladies graves associées au vieillissement nous échappent, de même que leur prévention et les méthodes de traitement. Toutefois, de nombreux effets néfastes de maladies chroniques associées au vieillissement sont évitables¹³⁹. »

En réduisant le nombre de cas et les conséquences de certains troubles, les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies permettent d'améliorer l'état de santé global de la population et, ce faisant, d'alléger la pression sur les coûts des soins de santé.

« Du total des dépenses engagées au titre des soins de santé, 44 p. 100 sont affectées aux personnes âgées — lesquelles constituent 13 p. 100 de la population. Dans 10 ans, le Canada comptera un plus grand nombre de personnes âgées de plus de 65 ans que de moins de 15 ans. Les études montrent que les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent aider les personnes qui

¹³⁹ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

vieillissent bien, celles qui sont aux prises avec des maladies chroniques et celles qui risquent d'avoir des problèmes de santé graves même à la fin de leur vie. Il s'ensuit donc que les investissements en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé doivent être également un acquis¹⁴⁰. »

La Légion royale canadienne a signalé que « l'intégration de la promotion de la santé et de mesures préventives dans les programmes médicaux, ainsi que davantage de choix de logements abordables » sont des moyens qui auraient pour effet de réduire l'ensemble des dépenses en santé¹⁴¹.

Là encore, un élément clé d'une promotion de la santé efficace se trouve dans une approche fondée sur le parcours de vie. L'Association canadienne de gérontologie a déclaré au Comité : « Nous appuyons et encourageons les efforts de « promotion de la santé » mais vieillir en santé, ça ne commence pas à 65 ans; ça débute dès la naissance¹⁴² ».

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a recommandé d'accorder la priorité à la prévention des chutes et aux changements au mode de vie touchant l'activité physique et l'alimentation dans les programmes de promotion et de prévention destinés à une population vieillissante.

5.2 Prévention des blessures

Les blessures peuvent réduire l'autonomie des aînés, restreindre leurs activités et même entraîner la mort. Les aînés subissent plus de blessures à la maison qu'ailleurs, et les chutes sont la principale cause des hospitalisations liées à des blessures¹⁴³. En 2003, 5 p. 100 des

¹⁴⁰ Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

¹⁴¹ Jack Frost, Légion royale canadienne, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁴² Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁴³ Agence de santé publique du Canada, *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, 2005.

aînés ont fait une chute¹⁴⁴, et le Comité a appris dans le témoignage de l'Agence de santé publique du Canada que les chutes sont la deuxième cause en importance de décès chez les personnes âgées. Devant le Comité, le Conseil consultatif national sur le troisième âge a passé en revue certaines statistiques frappantes sur les chutes :

« En outre, saviez-vous qu'au Canada, une personne âgée meurt à toutes les heures des suites d'une chute? Près d'un million d'aînés font au moins une chute par année, et ces chutes causent 84 p. 100 des admissions des personnes âgées dans les hôpitaux pour cause de blessure. Les chutes coûtent des sommes colossales, soit un milliard de dollars par année en coûts de santé directs. Il importe de noter qu'il est prouvé que l'on peut réduire les causes et les conséquences des chutes¹⁴⁵. »

L'ampleur du problème des chutes chez les aînés se reflète dans l'augmentation de 300 p. 100 des publications sur cette question entre 1985 et 2005¹⁴⁶. L'Agence de santé publique du Canada a signalé au Comité que, pour réduire le nombre de chutes chez les aînés, elle a joué un rôle actif dans diverses initiatives de prévention des chutes, notamment l'élaboration de documents d'information et de sensibilisation à l'intention des aînés, et la production en 2005 d'un rapport qui contient des données exhaustives sur les chutes, les blessures et les décès, des faits sur les facteurs de risque et des pratiques exemplaires en matière de prévention.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a constaté que le nombre de blessures entraînant des limitations et l'hospitalisation à la suite d'une chute est demeuré stable entre 1998-1999 et 2002-2003. L'Agence de santé publique du Canada a mentionné au Comité qu'elle tiendra en 2007 un forum national au cours duquel se dérouleront des discussions sur les données de surveillance des chutes des personnes

¹⁴⁴ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

¹⁴⁵ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

¹⁴⁶ Agence de santé publique du Canada, *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, 2005.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

âgées. Des spécialistes de la prévention des chutes, des experts en matière de surveillance et des chercheurs de tout le Canada participeront à ce forum dont les résultats aideront à concevoir des interventions permettant de réduire les chutes. L'Agence a également déclaré : « Étant donné le succès que nous avons eu avec la prévention des chutes, l'Organisation mondiale de la santé utilise notre approche pour réaliser un projet semblable à l'échelle internationale. »

5.3 Maladies chroniques

À mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé chroniques. Dans son Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada définit les problèmes de santé chroniques comme étant des problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou devraient persister six mois ou plus¹⁴⁷. Les problèmes de santé chroniques les plus courants chez les aînés sont les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, le diabète et la démence¹⁴⁸.

Le Comité a appris qu'en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées, surtout chez les 85 ans et plus, la prévalence de maladies chroniques est en hausse constante. « En 2005, 91 p. 100 des personnes âgées se disaient atteintes d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques, diagnostiqués par un professionnel de la santé, contre 87 p. 100 en 2000-2001¹⁴⁹. » Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a prédit que l'augmentation de la prévalence de problèmes de santé chroniques pourrait « poser un certain nombre de défis au régime de soins de santé ».

La population autochtone est particulièrement touchée par les problèmes de santé chroniques. L'Organisation nationale de la santé

¹⁴⁷ Statistique Canada, « Des aînés en bonne santé », *La santé de la population canadienne – La santé au troisième âge*, Supplément aux Rapports sur la santé, vol. 16, n° de catalogue 82-003-XPE, février 2006, p. 56.

¹⁴⁸ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

¹⁴⁹ Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, *Témoignages*, 11 décembre 2006.

autochtone a signalé au Comité qu'« un Métis sur cinq souffre d'arthrite ou de rhumatisme alors que la proportion est de un sur dix chez les non-Autochtones ». Les aînés des Premières nations « souffrent de différents problèmes de santé concomitants et à long terme tels que : arthrite/rhumatisme, hypertension, asthme et maladie du cœur. De plus, le diabète de type II est très préoccupant chez les personnes âgées issues des Premières nations¹⁵⁰ ».

L'Association canadienne de gérontologie a rappelé au Comité que le vieillissement en santé commence dès la naissance. « La maladie chronique n'apparaît pas à votre soixante-cinquième anniversaire. Elle tire ses origines de ce que vous avez fait dans la trentaine et dans la quarantaine¹⁵¹. » Ces propos font ressortir l'importance d'une perspective de vieillissement en santé fondée sur le parcours de vie et rappellent encore une fois que les stratégies visant à réduire la prévalence de maladies chroniques chez les aînés doivent comporter le ciblage des déterminants de la santé et des facteurs de risque plus tôt dans la vie.

5.4 Usage de médicaments

Les aînés prennent divers médicaments pour faire face à des problèmes de santé chroniques comme le diabète, l'arthrite et l'hypertension. En 2003, neuf aînés hors établissement sur dix ont signalé avoir pris au moins une sorte de médicament au cours du mois précédent; la moyenne était de trois médicaments. Ces taux élevés de médication, surtout l'usage de plusieurs médicaments, rendent importante la question de la sécurité des médicaments, notamment en ce qui a trait à d'éventuelles interactions médicamenteuses¹⁵². Des études ont révélé que dans 18 à 50 p. 100 des cas, les personnes âgées ne respectent pas la posologie. Il n'est donc pas étonnant

¹⁵⁰ Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

¹⁵¹ Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁵² Agence de santé publique du Canada, *Chez soi en toute sécurité*, Ottawa, 2005, p. 21.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

qu'entre 19 et 28 p. 100 des hospitalisations de patients de plus de 50 ans sont imputables à des problèmes de médication¹⁵³.

Dans le but de réduire les complications causées par l'utilisation de plusieurs médicaments sur ordonnance et les interactions médicamenteuses, l'Institut du vieillissement a indiqué que le Fonds pour l'adaptation des services de santé a appuyé divers projets pilotes dans le cadre desquels des pharmaciens ont travaillé en collaboration avec des médecins pour partager le profil complet des médicaments pris par un patient et pouvant être prescrits par différents médecins et examiner les éventuelles interactions médicamenteuses. L'une des recommandations découlant du projet de recherche du Fonds pour l'adaptation des services de santé porte sur l'intégration du travail des pharmaciens et des médecins.

En outre, le coût des médicaments peut être prohibitif pour les aînés qui ont un revenu fixe. Le Comité a appris ce qui suit :

« Bien que la presque totalité des aînés soient protégés par une assurance-médicaments d'ordonnance quelconque, publique ou privée, l'ampleur de cette protection varie sensiblement d'une province à l'autre, laissant un grand nombre d'entre eux vulnérables aux difficultés financières. Dans le rapport spécial qu'il a présenté à la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada, le Conseil a recommandé la création d'un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé¹⁵⁴. »

5.5 Santé mentale, maladie mentale et démence

Comme c'est souvent le cas pour l'ensemble de la population, les questions relatives à la santé mentale des aînés ne reçoivent pas

¹⁵³ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *1999 et après – Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1999, p. 37-38.

¹⁵⁴ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

toujours l'attention qu'elles méritent. À cet égard, Margaret Gillis a déclaré au Comité :

« La santé mentale des personnes âgées est un secteur qui est souvent oublié. Des problèmes comme la dépression sont souvent perçus comme un élément inévitable du vieillissement. En fait, il y a des problèmes de santé mentale à la fin de la vie parce que les gens sont malades, handicapés et privés de soutiens sociaux¹⁵⁵. »

Les incidences de la maladie mentale et de la démence sur les aînés sont considérables. Par exemple :

- **Selon les études, entre 15 et 25 p. 100 des pensionnaires recevant des soins de longue durée manifestent des symptômes de dépression majeure et un autre 25 p. 100 manifeste des symptômes de dépression de moindre gravité¹⁵⁶. La prévalence des troubles mentaux parmi les résidents de foyers pour personnes âgées est extraordinairement élevé, puisqu'ils se situent entre 80 et 90 p. 100¹⁵⁷.**
- **Le taux de suicide chez les hommes de 80 ans et plus est le plus élevé de tous les groupes d'âge (31 pour 100 000)¹⁵⁸.**
- **La démence affecte quelque 8 p. 100 des personnes âgées de 65 ans et plus et près de 35 p. 100 des personnes de 85 ans et plus. On estime que d'ici 2031, ce sont plus de 750 000 Canadiens qui seront atteints de la maladie d'Alzheimer et de démences**

¹⁵⁵ Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

¹⁵⁶ Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, p. 4.

¹⁵⁷ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Rapport provisoire sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, 2004, p. 97.

¹⁵⁸ CCSMPA, mémoire, *op. cit.*, p. 5

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

associées à cette maladie (soit une hausse par rapport à 364 000 personnes en 2003)¹⁵⁹.

Dans son témoignage devant le Comité, Judy Cutler a fait remarquer qu'il n'existe actuellement aucune stratégie globale pour s'occuper des problèmes de santé mentale au Canada, notamment ceux qui touchent les personnes âgées :

« Par ailleurs, la mise en œuvre d'une stratégie nationale en matière de santé mentale, comme on l'explique dans le rapport Kirby-Keon, permettrait d'améliorer la santé et la qualité de vie des aidants naturels et des bénéficiaires de l'aide. [...] Il est inconcevable que le Canada soit le seul pays du G8 à ne pas s'être déjà doté d'une telle stratégie afin de venir en aide aux millions de personnes atteintes de maladies mentales. Nous sommes préoccupés par le vieillissement des personnes atteintes de maladies mentales ayant des besoins spécifiques dont on ne tient pas compte¹⁶⁰. »

Les troubles mentaux que vivent les adultes âgés peuvent être différents de ceux que connaissent des personnes plus jeunes, ce qui peut rendre plus difficiles un diagnostic précis et un traitement approprié. Par exemple, la dépression est souvent sous-diagnostiquée et mal traitée parce qu'elle est prise pour d'autres problèmes ou masquée par ceux-ci, ou encore parce que les symptômes observés sont considérés comme faisant partie du processus normal du vieillissement. De plus, les aînés souffrent généralement de comorbidité, ce qui complique l'évaluation et le traitement.

Margaret Gillis a déclaré au Comité :

« De même, la maladie d'Alzheimer et les démences connexes constituent un grave problème de santé mentale pour les personnes âgées, leurs familles et les aidants. Nous avons maintenant des preuves

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

qu'une intervention hâtive peut retarder la progression de la maladie¹⁶¹. »

Un diagnostic précoce peut favoriser le recours à des thérapies efficaces pour ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer, réduire l'incapacité excessive causée par la dépression et l'anxiété, permettre aux patients dont l'état peut être traité de retrouver leur qualité de vie et prévenir ou retarder le placement dans un établissement de soins de longue durée. Il peut toutefois être difficile de poser un diagnostic de démence en raison d'éventuels troubles concomitants de la maladie d'Alzheimer ou d'affections ayant des caractéristiques semblables.

5.6 Soins palliatifs

Les soins palliatifs permettent de « traiter la douleur et ses symptômes et de répondre aux besoins sociaux, psychologiques, émotionnels et spirituels des malades en phase terminale et de leurs proches¹⁶² ». Ils peuvent être dispensés à domicile, à l'hôpital, dans un établissement de soins de longue durée ou dans un centre de soins palliatifs.

Pour procéder à un examen utile des soins palliatifs et des soins de fin de vie, il faut tenir compte de plusieurs aspects. Un sondage de 2004 a indiqué que 90 p. 100 des Canadiens désirent vivre à la maison les dernières étapes de leur vie, mais que 75 p. 100 des décès ont lieu dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée¹⁶³. Il n'y a pas suffisamment de professionnels de la santé qui ont suivi de la formation en soins palliatifs et en médecine gériatrique. Les aidants naturels qui donnent des soins palliatifs et des soins de fin de vie ont aussi besoin de formation et de soutien permanents; seulement 6 p. 100 d'entre eux jugent qu'ils sont en mesure de dispenser des soins adéquats sans soutien supplémentaire¹⁶⁴. Il faut établir de

¹⁶¹ Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

¹⁶² Conseil consultatif national sur le troisième âge, *1999 et après – Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1991, p. 42.

¹⁶³ Association canadienne de soins palliatifs, feuille de données, septembre 2004.

¹⁶⁴ *Ibid.*

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

nouveaux indicateurs et de nouvelles données pour mieux mesurer les soins palliatifs et les soins de fin de vie¹⁶⁵. Partout au pays, les programmes et les services offerts aux personnes en fin de vie varient d'une compétence à l'autre, tout comme les critères d'admissibilité aux services.

L'instauration des prestations de soignant¹⁶⁶ en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* en 2004 a été l'une des initiatives les plus importantes pour aider les Canadiens en fin de vie. Ressources humaines et Développement social Canada (RHDSC) a signalé au Comité que le gouvernement a récemment élargi la définition de « membre de la famille » afin de faciliter l'admissibilité des Canadiens aux prestations. Malheureusement, le programme comporte toujours des lacunes, notamment en ce qui a trait à la durée de la période de prestations et à la condition selon laquelle la personne gravement malade doit être à risque de mourir dans les six mois à venir. Des représentants de RHDSC ont indiqué que le ministère étudie actuellement le congé de soignant et d'autres questions relatives à la prestation de soins, notamment les soins de relève.

« Pour nombre de ces enjeux, nous devons adopter une approche différente, plutôt qu'utiliser le véhicule de l'assurance-emploi. Nous croyons être allés aussi loin que l'assurance-emploi nous le permet. Lorsque vous examinez ces enjeux de façon plus large, il pourrait être judicieux d'examiner un ensemble plus large d'instruments¹⁶⁷. »

Des témoins ont déclaré au Comité que le programme de soins palliatifs à domicile d'Anciens Combattants Canada pourrait servir de modèle. L'organisme a indiqué qu'il procède actuellement à un examen de ses programmes de soins de santé et qu'il étudiera les modes

¹⁶⁵ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bilan 2006*, p. 25.

¹⁶⁶ Les prestations de soignant permettent aux personnes admissibles de prendre un congé payé de six semaines pour dispenser des soins ou de l'aide à un membre de la famille qui est gravement malade et dont le risque de décès est important au cours des six mois qui suivent.

¹⁶⁷ Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

d'intervention en fin de vie afin de s'assurer de répondre à tous les besoins de ses clients qui en sont à cette étape. Dans le cadre de son examen des soins de santé, il veut s'intéresser « à toutes les interventions nécessaires au bon moment et au bon endroit, plutôt que d'examiner les critères fondés sur l'admissibilité qui dépend largement des droits, par opposition aux besoins¹⁶⁸ ».

« Souvent, dans le cas des soins palliatifs, on ne sait pas combien de temps ça va durer. On s'attendait peut-être à ce que la personne ne vive pas longtemps. Dans certains cas, la personne vit plus longtemps. On ne peut pas avoir de délai artificiel concernant les soins palliatifs en pareilles situations. Je suis heureux de dire que notre politique à cet égard est souple¹⁶⁹. »

5.7 Prestation de soins et soignants rémunérés et aidants non rémunérés

Aidants non rémunérés

Le vieillissement de la population se traduit par une augmentation du nombre de personnes qui doivent prendre soin d'un membre de leur famille ou d'un ami souffrant de problèmes de santé chroniques ou d'une incapacité. À mesure que les gens vieillissent et sont aux prises avec divers troubles de santé, ils ont besoin d'aide pour accomplir les travaux ménagers et des tâches personnelles ou obtenir des services de soins de santé à domicile. Le rôle d'aidant est parfois joué par un conjoint, un membre de la famille ou un ami. Dans certains cas, l'aide ne représente que quelques heures par semaine, tandis que dans d'autres cas, elle doit être dispensée 24 heures par jour. Les aidants naturels sont une partie essentielle du système de soins de santé, tant pour les aînés à la maison que pour ceux en établissement de soins. Ils offrent près de 80 p. 100 des soins

¹⁶⁸ Bryson Guptill, Anciens Combattants Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

¹⁶⁹ *Ibid.*

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

dispensés aux aînés qui vivent dans la collectivité et jusqu'à 30 p. 100 des services aux aînés vivant dans un établissement¹⁷⁰.

« En 2002, plus de 1,7 million d'adultes de 45 à 64 ans ont fourni des soins informels à près de 2,3 millions de personnes âgées ayant une incapacité ou des limitations physiques chroniques. Un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes de 45 à 64 ans offrent des soins informels à des personnes âgées. Les femmes sont plus susceptibles d'offrir des soins d'intensité élevée, tandis que les hommes font plus d'heures de travail rémunéré. La plupart de ces fournisseurs de soins travaillaient. En effet, 70 p. 100 occupaient un emploi et un peu moins de la moitié de ces soignants étaient des femmes. Un tiers des hommes fournisseurs de soins ont consacré une heure ou moins par semaine à cette tâche, contre presque un quart des femmes. Les femmes y consacraient généralement quatre heures ou plus¹⁷¹. »

Les aidants doivent surmonter des problèmes d'ordre physique, psychologique, affectif et financier, surtout ceux qui doivent concilier la prestation de soins et l'occupation d'un emploi.

« Les deux tiers des femmes et près de la moitié des hommes combinant plus de 40 heures d'emploi et au moins quatre heures de soins par semaine ont subi des conséquences importantes, à savoir une baisse des heures de travail ou de revenu, ou une modification de l'horaire de travail¹⁷². »

Des témoins ont fait remarquer que les aidants naturels du Canada, qui sont souvent eux-mêmes des aînés, ont aussi besoin d'aide.

¹⁷⁰ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *1999 et après – Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1999, p. 48.

¹⁷¹ Pamela White, Statistique Canada, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

¹⁷² *Ibid.*

« Prodiguier des soins de façon informelle est une lourde responsabilité qui peut engendrer un épuisement physique et mental et avoir un effet préjudiciable sur la santé des dispensateurs. Le manque de mécanismes de soutien formels peut provoquer l'épuisement et amener les aidants à abandonner. Cet abandon peut ensuite se traduire par des taux élevés d'institutionnalisation des personnes âgées. Quoi qu'il en soit, les aînés des générations futures ne pourront compter sur de grosses familles pour leur prodiguer des soins personnels et ils dépendront vraisemblablement davantage des services publics¹⁷³. »

Pour pallier les problèmes d'ordre physique, psychologique, affectif et financier que vivent les aidants, la CARP – Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a plaidé en faveur d'un programme national de relève et d'un programme national de soins à domicile « qui inclurait des soins aux malades chroniques et des soins de santé communautaire non médicaux — le gouvernement en assurerait la transparence et aurait l'obligation de rendre des comptes¹⁷⁴ ».

Pour permettre aux aidants de concilier le travail et la prestation de soins, la CARP a également recommandé d'établir des politiques pour permettre des horaires de travail souples et autoriser les absences d'une durée raisonnable. Dans les cas où l'aidant naturel doit s'absenter de son travail pendant une longue période pour dispenser des soins à un aîné, la CARP propose la mise en place d'une garantie de traitement semblable aux prestations de soignant prévues par la *Loi sur l'assurance-emploi*, de même que des modifications au Régime de pensions du Canada semblables aux dispositions pour arrêt de travail des nouveaux parents. Elle a également fait état des difficultés qui se posent aux aidants naturels qui réintègrent la population active après avoir terminé de prodiguer des soins, et elle a demandé la mise en place d'un « système pour permettre de soutenir les aidants naturels une fois qu'ils ont terminé leur mandat et tentent de retrouver une vie

¹⁷³ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

¹⁷⁴ Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

normale car ils ont besoins de reprendre confiance en eux et peut-être d'une mise à niveau de leurs connaissances pour pouvoir réintégrer le marché du travail¹⁷⁵ ».

Des témoins ont demandé au Comité de tenir compte de l'importance de l'aide sociale informelle comme le partage de nourriture dans les collectivités autochtones. « Dans les communautés autochtones, la nature communautaire de la société fait en sorte que chacun apporte une aide informelle et c'est fondamental pour permettre aux personnes âgées de rester dans ces communautés¹⁷⁶. » Des représentants de Santé Canada ont rappelé l'importance de la famille et du système de soins informel pour les aînés autochtones du pays, et ils ont signalé que dans le cadre de leur recherche, ils ont constaté que certaines personnes s'occupent de jusqu'à cinq parents par jour. Il faut donc un système qui puisse appuyer à la fois les clients et leur famille¹⁷⁷.

Soignants rémunérés

Selon Anne Martin-Matthews, directrice scientifique de l'Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada, il y a quelque 32 000 personnes, des femmes principalement, qui offrent des services de soins à domicile pour le bain, l'alimentation, l'hygiène et l'habillement de personnes âgées. La plupart de ces personnes n'ont reçu qu'une formation minimale et sont rémunérées pour chaque visite à domicile¹⁷⁸. Malheureusement, comme Sandra Hirst l'a fait remarquer au Comité, « il n'existe pas de normes nationales quant aux soins physiques et psychologiques et au soutien affectif à dispenser aux personnes âgées¹⁷⁹ ».

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ Mark Buell, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

¹⁷⁷ Shelagh Jane Woods, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

¹⁷⁸ Anne Martin-Matthews, Institut du vieillissement Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁷⁹ Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

De plus, de nombreux préposés aux soins personnels n'ayant reçu aucune formation sont embauchés par les familles, les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée pour s'occuper des aînés. Selon Lynn MacDonald, directrice scientifique de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, « le recours, caché dans la plupart des cas, à ces personnes qui sont payées sous la table sans avoir droit au salaire minimum fait probablement partie de ces phénomènes dont vous parlez qui nécessitent un grand travail de sensibilisation¹⁸⁰ ».

« Lorsqu'on se penche sur les aspects liés à l'éducation, il faut tenir compte du rôle important que jouent ces intervenants en conjonction avec les professionnels. Il faudra 32 000 travailleurs de plus pour répondre à la demande en soutien à domicile au cours des 10 à 15 prochaines années. Nous ne faisons toutefois aucun recrutement dans ce domaine. Dès que ces intervenants ont une formation suffisante, ils vont travailler dans des établissements de soins de longue durée, ce qui leur assure une rémunération stable. Ils savent ainsi quel travail ils auront à accomplir jour après jour. Compte tenu de la structure actuelle de prestation des services de soins à domicile, il leur est impossible de savoir ce qu'ils feront le lendemain et à quel endroit ils vont travailler. Je veux que tout le monde prenne bien conscience du fait que nous avons besoin de ce continuum complet de main-d'œuvre pour servir notre population vieillissante¹⁸¹. »

¹⁸⁰ Lynn McDonald, Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁸¹ Anne Martin-Matthews, Institut du vieillissement Témoignages, 11 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

5.8 Soins de longue durée, soins prolongés et soins à domicile

Généralement, les établissements de soins de longue durée hébergent des personnes qui ont besoin de soins supervisés sur place, jour et nuit, y compris des soins de santé professionnels, des services et des soins personnels tels que les repas, la lessive et le ménage. Les soins de longue durée offerts dans ces établissements ne sont pas assurés par l'État en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Comité a appris ce qui suit :

« Du point de vue des établissements, il n'existe pas de définition claire des soins de longue durée à l'échelle nationale. Chaque province et chaque territoire utilise des termes différents pour décrire l'expérience. Les exigences en matière de personnel et les lois qui régissent ces établissements diffèrent d'une région à l'autre du Canada¹⁸². »

Cela signifie aussi qu'au pays, les compétences offrent un éventail de services et de couverture de coûts. Il y a donc peu d'uniformité dans l'ensemble du Canada sur la désignation des établissements (p. ex., les maisons de soins infirmiers, les centres de soins personnels et les établissements de soins prolongés pour bénéficiaires internes), le niveau ou le type de soins dispensés et la manière de les évaluer, la façon dont les établissements sont régis et qui en est le propriétaire¹⁸³.

La Légion royale canadienne a mentionné que, dans le but de corriger le manque d'uniformité, elle plaide en faveur de l'adoption de normes nationales de soins de longue durée. « Lorsque les aînés et les anciens combattants doivent faire la transition vers ces établissements, le niveau de soins devrait être bien défini et être identique de Terre Neuve et Labrador à la Colombie-Britannique. Les aînés devraient être protégés par une déclaration des droits des personnes âgées de sorte

¹⁸² Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁸³ Cette description des soins de longue durée est tirée du site Web de Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index_f.html

que des normes nationales de soins, de prestations et de services soient établies¹⁸⁴. »

Le Comité a appris que la plupart des personnes âgées ne recevront pas de soins en établissement. Selon la Fédération internationale du vieillissement, « dans les pays développés, [seulement] une personne de plus de 75 ans sur sept recevra probablement des soins institutionnels ». Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a brossé un tableau de la situation des soins de santé au Canada :

« Environ 7 p. 100 de tous les aînés, et jusqu'à 40 p. 100 des personnes très avancées en âge résident présentement dans des établissements de soins de longue durée à cause de problèmes de santé. Même si les futures générations de personnes âgées seront sans doute moins enclines à vivre dans des établissements de soins de longue durée, l'augmentation prononcée du nombre de personnes très âgées au cours des années à venir exercera une pression considérable sur le système des soins de longue durée. De plus en plus, on demande à ces établissements de s'occuper d'aînés qui sont plus âgés et plus malades qu'ils ne l'étaient dans le passé. L'organisation et le financement des soins de santé, de même que l'embauche, la formation et la rémunération du personnel du milieu de la santé, doivent s'adapter à cette nouvelle réalité¹⁸⁵. »

Il est vrai que les soins que dispensent ces établissements évoluent, devenant plus exigeants et complexes. L'Association canadienne de gérontologie a déclaré qu'il « faut offrir des soins à des aînés [qui ont des problèmes de santé complexes] et dont les besoins sont très variés. Les personnes qui sont admises dans ces établissements souffrent rarement d'un seul problème de santé. Leurs

¹⁸⁴ Jack Frost, Légion royale canadienne, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁸⁵ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

malaises sont multiples¹⁸⁶. » Loin d'obtenir des investissements dans la formation de personnel et l'élargissement des équipes dans les établissements de soins de longue durée, les employés dans de nombreuses provinces ont dû subir des compressions. « Là où nous avions auparavant des infirmières autorisées, par exemple, nous faisons maintenant appel à des infirmières auxiliaires ou à des auxiliaires psychiatriques. Pour les tâches qui étaient confiées à des infirmières auxiliaires, nous utilisons maintenant des aides soignants, en raison des préoccupations de financement¹⁸⁷. »

La diversité ethnoculturelle grandissante des aînés dans les établissements de soins de longue durée représente un défi pour certains établissements, qui peuvent éprouver de la difficulté à comprendre les besoins de personnes âgées provenant d'un autre milieu ethnoculturel et à y répondre. Douglas Durst a expliqué au Comité qu'en dehors même des problèmes immédiats liés à la langue, à l'alimentation et aux coutumes, « l'attitude peut être différente pour ce qui est de recevoir, d'accepter de l'aide, d'être dépendant, de ne plus être autonome. Ce peut être difficile pour ces gens-là de demander l'aide des professionnels¹⁸⁸. » L'Association canadienne de gérontologie a proposé comme solution la création d'établissements monoculturels où pourraient être dispensés des soins tenant compte de la culture.

Il y a un nouveau sous-groupe d'aînés qui fait son apparition dans notre société et dans les établissements de soins de longue durée : les personnes âgées qui ont une déficience intellectuelle ou des troubles du développement. L'Association canadienne de gérontologie a signalé au Comité qu'on « voit maintenant des gens dans la quarantaine qui ont des symptômes assimilables à la maladie d'Alzheimer. Au moins 50 p. 100 des personnes affectées par le syndrome de Down présenteront des symptômes apparentés à la maladie d'Alzheimer à l'âge de 60 ans ». Lorsque leur famille vieillit, ces personnes sont admises dans des établissements de soins de longue durée. « Quel que soit le cadre dans lequel les soins sont dispensés, nous devons nous

¹⁸⁶ Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

intéresser tout particulièrement à ce sous-groupe de notre population d'aînés¹⁸⁹. »

Un certain nombre de témoins ont fait valoir qu'un programme national de soins à domicile pourrait être un moyen rentable d'offrir aux aînés des services médicaux qui contribuent à leur qualité de vie. Comme c'est le cas pour les soins de longue durée, « les provinces et les territoires ont des programmes différents de soins à domicile qui comportent différents critères d'admissibilité, différents niveaux de soin, différentes quantités de soin, etc. Cette diversité crée un véritable méli-mélo au pays. Nous avons plaidé en faveur d'un programme national de soins à domicile dont les normes et la prestation des services essentiels seraient comparables d'une province à l'autre¹⁹⁰ ». La CARP a précisé qu'un programme national de soins à domicile devrait inclure des soins aux malades chroniques ainsi que des services de soutien à domicile et communautaires, et ne pas se limiter aux soins de courte durée et aux soins médicaux.

Jane Barratt de la Fédération internationale du vieillissement a mentionné l'Australie comme un modèle à suivre en matière d'élaboration d'un programme national de soins à domicile.

« Je me suis personnellement occupée d'un programme national de soins à domicile qui était équitable dans toutes les provinces. Le programme était assorti de normes nationales qui avaient été fixées par consensus avec les provinces, et les fournisseurs de soins étaient accrédités. Parmi les services offerts, il y avait différentes formules de soins communautaires offertes aux personnes âgées — un plan qui était décidé avec la personne recevant les soins à domicile et sa famille — ou encore des formules de soins prolongés à domicile. Celles-ci étaient plus détaillées et comportaient des soins infirmiers intensifs. Je suis au courant et je me suis occupée de près de certains programmes nationaux

¹⁸⁹ Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁹⁰ Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

qui existent depuis 15 ans. On les a élargis pour les offrir aux régions rurales et éloignées, à la population indigène et à des groupes culturels et linguistiques divers, dans différentes langues¹⁹¹. »

Selon le Conseil consultatif sur le troisième âge, au Canada, le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (que beaucoup appelle l'hôpital sans murs) est un modèle novateur de prestation de services complets de soins de santé à domicile.

Le Comité a appris qu'actuellement la plus grande faiblesse des services de soins de santé à domicile partout au Canada touche les services de soutien à domicile rendus principalement par des travailleurs non professionnels ou paraprofessionnels, lesquels fournissent la plupart des services rémunérés de soins à domicile au pays.

« Ce groupe particulier de personnes est peut-être le moins bien rémunéré, celui qui a le moins d'avantages sociaux, qui paie souvent pour sa propre formation, qui, dans certaines provinces, assume ses propres dépenses de déplacement, etc. Or, on s'en remet à ces personnes pour fournir le gros des services de soins à domicile. [...] Il est essentiel que ce groupe soit intégré à un programme national de soins à domicile. Lorsque nous songeons aux soins à domicile, nous avons tendance à penser à des services professionnels, mais ces programmes reposent sur les paraprofessionnels¹⁹². »

L'absence d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines et de normes de formation pour ce secteur a une incidence importante sur la qualité des soins d'une région à l'autre.

« Il est urgent d'adopter une stratégie nationale en matière de ressources humaines pour les soins à domicile partout au pays, parce que la disponibilité

¹⁹¹ Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁹² Taylor Alexander, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

et la répartition des travailleurs dans ce domaine varient énormément au Canada. De nombreuses provinces recrutent à l'extérieur du pays pour essayer d'enrôler des fournisseurs de soins à domicile. Il faut assurer cette disponibilité et cette répartition pour offrir des services équitables partout au pays¹⁹³. »

5.9 Renforcement de l'effectif des soins de santé gériatologiques et gériatriques

À mesure que la population vieillira, il y aura une hausse de la demande de professionnels des soins de santé et de médecins spécialistes pour traiter les personnes âgées.

Des consultations tenues récemment par l'Institut du vieillissement auprès d'organismes de personnes âgées ont permis de constater que leurs principaux problèmes en matière de santé comprennent la formation liée aux normes de pratique pour les cliniciens qui travaillent auprès des personnes âgées et l'accès à des services de santé adaptés aux aînés, ce que limite le manque criant de spécialistes en gériatrie¹⁹⁴. « Un plus grand nombre de personnes doivent embrasser des carrières en gériatrie et en gériatologie et entreprendre des travaux de recherche fondamentale sur les aspects biologiques du vieillissement, tout cela afin d'améliorer les services de santé offerts à une population vieillissante et âgée¹⁹⁵. »

À cet égard, le Comité a appris qu'en 2000-2001, il n'y avait que sept étudiants en médecine gériatrique dans tout le pays¹⁹⁶. En 2000, il y avait 144 gériatres au Canada et l'on estimait à 481 le nombre de

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ Anne Martin-Matthews, Institut du vieillissement Témoignages, 11 décembre 2006.

¹⁹⁵ *Ibid.*

¹⁹⁶ Sandra Hirst, Association canadienne de gériatologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

gériatres nécessaire. En 2005, il y en avait 191, ce qui est insuffisant compte tenu des besoins estimés pour 2006, soit 538¹⁹⁷.

Au problème du manque actuel de spécialistes du domaine s'ajoute le fait que les travailleurs de la santé vieillissent eux aussi, mais que les recrutements ne suffisent pas à répondre à la demande actuelle ni à celle prévue. L'Association canadienne de gériatrie a indiqué au Comité que déjà « l'âge moyen des infirmières et infirmiers autorisés au Canada atteint presque 50 ans ». Divers témoins ont mentionné qu'il est difficile d'attirer des jeunes dans le domaine du vieillissement.

Lynn McDonald a indiqué que le manque criant au chapitre de la formation et de l'éducation en médecine gériatrique, en travail social gériatrique et en soins infirmiers gériatriques constitue un obstacle important au recrutement et à la formation du nombre nécessaire de professionnels de la santé. Hormis la nécessité d'avoir plus de spécialistes en gériatrie et en gériatrie, l'intégration de la formation interdisciplinaire en gériatrie au programme d'éducation de base de tous les professionnels de la santé permettrait au domaine des soins de santé dans son ensemble de renforcer ses capacités d'offrir des services adaptés aux besoins des aînés.

Enfin, Anne Martin-Mathews a fait valoir qu'en trouvant une façon de reconnaître les titres de compétences des immigrants qui ont reçu de la formation en matière de soins de santé, il serait possible d'atténuer la pénurie de professionnels de la santé.

5.10 Questions à examiner plus à fond

- Prévoit-on que des pressions financières s'exerceront sur les soins de longue durée et les soins professionnels, et que peut-on faire pour réduire les besoins à cet égard ou y répondre le mieux possible?
- Les efforts de promotion de la santé reçoivent-ils l'attention qu'ils méritent comparativement aux soins de santé ou à d'autres questions?

¹⁹⁷ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 19.

- Les initiatives de prévention des chutes ont-elles permis de réduire le nombre de chutes au cours des dernières années et ont-elles examiné le rôle que jouent les interactions médicamenteuses complexes dans les chutes?
- Que fait-on et que doit-on faire pour réduire les taux élevés de maladies chroniques chez les populations autochtones et les aînés autochtones?
- Des pratiques prometteuses ont-elles été instituées dans le but de réduire les complications liées à la médication et les interactions médicamenteuses? Quelles mesures sont en place pour éviter les interactions médicamenteuses néfastes, tant en ce qui a trait aux médicaments sur ordonnance qu'aux médicaments en vente libre?
- Quels seraient les coûts et les avantages d'un régime national d'assurance médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public privé comme celui que recommande le Conseil consultatif national sur le troisième âge?
- À quelles interventions précoces devrait-on recourir pour retarder la progression de la maladie mentale chez les aînés? Quelles mesures le gouvernement prend-il pour donner suite au rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, notamment aux questions relatives à la santé mentale des personnes âgées?
- Quelles modifications propose-t-on au programme de soins palliatifs d'Anciens Combattants Canada? Le programme devrait-il servir de modèle pour un programme général à l'intention de tous les aînés canadiens?
- Quels seraient les coûts et les avantages du programme national de relève et du programme national de soins à domicile recommandés par des témoins?
- Comment favoriser le recrutement, la formation, le soutien et les conditions d'emploi dans le secteur des services rémunérés de soins et de soutien à domicile?
- Travaille-t-on à l'établissement de normes nationales en matière de soins de longue durée en établissement et de soins à domicile?

- Quelles mesures sont prises pour répondre aux besoins prévus de professionnels des soins gériatriques et gérontologiques?

6. Logement et transport

Des services et une infrastructure appropriés peuvent aider les aînés à jouir de toute l'autonomie et de toute la qualité de vie possible à mesure qu'ils avancent en âge. Les aînés d'aujourd'hui ont besoin d'un large éventail d'options en matière de logement, qui tiennent compte de leurs préférences ainsi que de leurs besoins physiques, mentaux et sociaux. En outre, l'accès à des moyens de transport peut vraiment les aider à conserver leur autonomie, leurs réseaux sociaux et leur qualité de vie.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a recommandé d'augmenter le financement d'unités de logement à prix modique et du transport en commun « à la fois dans les régions rurales et urbaines. En effet, le logement et le transport représentent la clé de l'autonomie et de la participation sociale des personnes âgées — deux ingrédients bénéfiques pour l'ensemble de la société canadienne¹⁹⁸ ».

Les différentes administrations de même que les chercheurs et les intervenants utilisent de nombreux termes et expressions pour définir la diversité de logements et de services de soutien non médicaux offerts aux aînés. Aux fins du présent rapport, nous parlerons du logement, de services de soutien à domicile et communautaires, ainsi que de logements-services et de logements supervisés.

6.1 Logement

En 2001, le Canada comptait 2,4 millions de ménages d'aînés. La vaste majorité des aînés, soit 93 p. 100, vivaient dans des logements privés et 7 p. 100 dans des logements collectifs, par exemple des établissements de soins de santé, des refuges et des établissements religieux. La proportion d'aînés vivant dans des logements collectifs est

¹⁹⁸ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

supérieure chez les personnes âgées de plus de 75 ans; elle s'établit à 13 p. 100, soit une légère baisse par rapport au taux enregistré en 1996 (14 p. 100)¹⁹⁹.

La proportion de personnes vivant seules diffère considérablement entre les ménages d'aînés et les autres ménages. Parmi les ménages d'aînés, 43 p. 100 étaient formés de personnes vivant seules, contre 21 p. 100 chez les autres ménages. La majorité des aînés vivant seuls étaient des femmes et les personnes vivant seules étaient principalement des locataires²⁰⁰.

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a indiqué au Comité que la majorité des aînés au Canada sont bien logés : leurs logements sont en bon état, suffisamment grands pour leurs besoins et abordables, exigeant moins de 30 p. 100 du revenu total du ménage avant impôt. « [...] plus des deux tiers des ménages d'aînés sont propriétaires, 85 p. 100 des aînés propriétaires ont remboursé leur prêt hypothécaire et 57 p. 100 habitent dans une maison individuelle²⁰¹ ».

Cependant, 17 p. 100 des ménages d'aînés avaient un « besoin impérieux de logement » en 2001, soit une légère baisse par rapport au taux de 18 p. 100 en 1996; ce taux demeure quand même supérieur à celui des autres ménages (13 p. 100)²⁰². L'expression « besoin impérieux de logement » renvoie à des ménages qui vivent dans des logements surpeuplés ou en mauvais état, ou encore qui n'ont pas les moyens d'obtenir un logement acceptable. L'abordabilité est la principale cause des besoins impérieux de logement qu'éprouvent les ménages aînés au Canada²⁰³. Les aînés locataires risquent quatre fois plus de vivre dans un logement trop cher pour leur

¹⁹⁹ Société canadienne d'hypothèques et de logement, Série sur le logement selon les données du Recensement de 2000 : Numéro 9 – Révisé Conditions de logement des aînés au Canada, avril 2005.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Témoignages, 4 décembre 2006.

²⁰² Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada : Bulletin 2006*.

²⁰³ Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Témoignages, 4 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

revenu que les aînés propriétaires, et cette situation touche démesurément les aînés vivant seuls²⁰⁴.

L'Organisation nationale de la santé autochtone a exposé les difficultés particulières auxquelles se heurtent les aînés inuits. Jusqu'à 31 p. 100 des ménages aînés chez les Inuits avaient un besoin impérieux de logement en 2001²⁰⁵.

« Pour ce qui est du logement, les aînés inuits sont particulièrement touchés puisqu'ils doivent vivre dans les maisons multigénérationnelles et bondées de leurs enfants, ou encore accepter de partager leurs petites résidences subventionnées avec des membres de la famille. Les aînés inuits du Nord canadien habitent au sein d'une infrastructure fragile, ce qui a des répercussions sur le logement, tandis que le coût de la vie élevé amenuise un revenu déjà faible²⁰⁶. »

Par rapport au reste de la population, le besoin impérieux de logement est plus grand chez les aînés qui sont handicapés, nouveaux immigrants ou autochtones.

Selon la SCHL, les problèmes de logement les plus pressants pour les aînés sont « l'abordabilité, le manque d'options en matière de logement et la coordination du logement avec des services de soutien leur permettant de vivre de façon autonome²⁰⁷ ». Robert Dobie, du Conseil consultatif national sur le troisième âge, abondait dans ce sens et signalait qu'il fallait de toute urgence investir dans le logement social.

« Le manque d'investissement dans le logement social est un autre problème à considérer. De

²⁰⁴ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada : Bulletin 2006*.

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

²⁰⁷ Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

nombreux aînés ne peuvent se permettre financièrement de résider dans des complexes privés haut de gamme accessibles aux adultes seulement ou dans des maisons de retraite. Les projets domiciliaires pour personnes âgées ne devraient pas viser uniquement la clientèle fortunée parmi cette population²⁰⁸. »

La SCHL finance 633 000 logements sociaux, dont environ le tiers est occupé par des aînés. Elle a indiqué au Comité qu'elle collabore actuellement avec les provinces et les territoires à la mise en œuvre de l'Initiative en matière de logement abordable, à laquelle est affecté un milliard de dollars. La plupart des provinces « consacrent une partie des fonds à la production de logements locatifs abordables pour les aînés, notamment des logements en milieu de soutien²⁰⁹ ».

La SCHL a également indiqué qu'« [elle] verse environ 2 milliards de dollars par année pour l'entretien du parc de logements existants. La majeure partie de ces crédits sont transférés aux provinces pour l'administration des unités de logement social et public existantes²¹⁰ ».

La SCHL offre également des programmes de remise en état des logements et d'adaptation des domiciles; ces programmes permettent de réduire les coûts des réparations et des adaptations mineures des logements afin que les aînés puissent occuper plus longtemps leurs logements actuels. Si les plans et normes de construction récents sont utilisés dans les nouvelles constructions, il se pourrait qu'on ait beaucoup moins besoin de ces programmes.

« Le Code national du bâtiment renferme des normes sur l'accessibilité si bien que dans la mesure où le Code national du bâtiment est adopté par les organismes provinciaux, ou qu'il est adapté à leurs besoins, on retrouvera un certain niveau d'accessibilité à ces immeubles. En outre, la SCHL a

²⁰⁸ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

²⁰⁹ Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Témoignages, 4 décembre 2006.

²¹⁰ *Ibid.*

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

élaboré un concept au fil des ans que nous appelons Bâti-Flex. L'idée est que la conception et la construction de la maison permettront à celle-ci de prendre de l'expansion au fur et à mesure que ses occupants augmenteront. Au moment où grandit la famille, le nombre de pièces de la maison peut augmenter; quand les enfants partent, ces pièces peuvent être rapetissées. En outre, si on fait attention à la façon dont on conçoit les corridors et les portes, ainsi qu'à l'emplacement des salles de bain, au fur et à mesure que la famille vieillit, la maison peut répondre aux diverses incapacités²¹¹. »

6.2 Services de soutien à domicile et communautaires

L'Association canadienne de gérontologie a affirmé au Comité que : « La vaste majorité des aînés veulent vivre dans leur propre maison (...). Vieillir chez soi est une option privilégiée pour l'avenir, mais elle ne devrait pas être définie en fonction des moyens financiers, des capacités ou des limitations physiques. Toutes les personnes âgées doivent avoir accès à des services comme la tonte du gazon, le pelletage de la neige et la livraison de l'épicerie, ce qui les rendra aptes à demeurer à domicile et leur facilitera les choix qu'elles ont à faire²¹². » L'Association recommande l'adoption d'un programme national de soins à domicile afin de favoriser l'accès à de telles options.

On a fait valoir au Comité qu'autant les aînés que les services publics profitent de programmes de soutien des aînés à domicile. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a indiqué que le maintien des aînés à domicile et dans leur milieu le plus longtemps possible grâce à des services de soutien ou à des programmes d'aide à la vie autonome est « beaucoup moins cher – le tiers du prix – et la qualité de vie est bien meilleure », comparativement à l'institutionnalisation. Pour sa part, la Légion royale canadienne

²¹¹ *Ibid.*

²¹² Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

recommande la création d'un programme pour l'autonomie des aînés qui serait fondé sur les besoins et calqué sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants qu'offre Anciens combattants Canada. Dans le cadre de ce programme, des soins personnels et des services d'entretien intérieur et extérieur sont offerts aux anciens combattants et à leurs survivants pour les aider à demeurer en santé, chez eux, dans la mesure du possible et le plus longtemps possible²¹³. La Légion plaide en faveur de l'extension de ce programme à tous les aînés au Canada, car il permettrait de « réduire [...] les dépenses d'hospitalisation et de soins de longue durée²¹⁴ ».

Il faut également veiller à ce que les familles d'immigrants aient le soutien et les ressources voulus pour prendre soin des aînés à domicile. Douglas Durst a indiqué au Comité que : « Rejoindre cette population des immigrants issus de la réunification de la famille pour s'assurer qu'ils reçoivent un soutien et des soins adéquats pendant qu'ils sont encore dans leurs familles est une façon de leur assurer un niveau et une qualité de vie élevés. De plus, ils exigeront moins de services plus tard²¹⁵. »

En ce qui concerne les services destinés à la population autochtone, Santé Canada a mentionné que 95 p. 100 des membres des Premières nations et des Inuits peuvent se prévaloir de services de base dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, créé il y a sept ans. Ce programme s'adresse aux aînés, aux personnes handicapées et aux personnes atteintes d'une maladie chronique; l'an dernier, la moitié de ses clients étaient âgés de plus de 65 ans. C'est Affaires indiennes et du Nord Canada qui offre, par l'entremise du Programme d'aide à la vie autonome, « des services de soutien social à caractère non médical aux membres des Premières nations qui ont des limitations fonctionnelles en raison de l'âge et des problèmes de santé ou d'incapacité, pour les aider à maintenir leur autonomie, à maximiser

²¹³ Bryson Guptill, Anciens combattants Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²¹⁴ Jack Frost, Légion royale canadienne, Témoignages, 11 décembre 2006.

²¹⁵ Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

leur niveau de fonctionnement et à leur permettre de vivre dans des conditions de santé et de sécurité acceptables²¹⁶ ».

Affaires indiennes et du Nord Canada a indiqué qu'il travaille en étroite collaboration avec les fonctionnaires de Santé Canada; il cofinance « une initiative menée par plusieurs intervenants pour élaborer un programme national de politiques et un cadre de programme pour les soins continus dont les soins assistés font partie intégrante²¹⁷ ». L'objectif de cette initiative est d'élaborer une approche harmonieuse pour la prestation des soins actuellement assurés par Santé Canada, par Affaires indiennes et du Nord Canada et, dans certains cas, par les provinces.

Des témoins ont toutefois laissé entendre que les services de soutien offerts aux aînés autochtones étaient bien souvent inadéquats. Douglas Durst a parlé d'Autochtones à la santé précaire qui déménagent de la réserve à la ville pour y recevoir des services médicaux officiels et des soins adéquats dans le milieu hospitalier, mais qui, à leur retour chez eux, « sont de nouveau aux prises avec les mêmes difficultés et problèmes²¹⁸ ». Des aînés autochtones peuvent être privés des avantages qu'ils tireraient de la vie à domicile avec leur famille à cause de services médicaux et de soutien inadéquats dans les réserves. L'Organisation nationale de la santé autochtone a affirmé au Comité que, « en réalité, dans les réserves, [les personnes âgées] n'ont pas accès au soutien nécessaire. Il n'y a pas de réseau de médecins et d'infirmières, pas de système de soutien pour offrir des soins à domicile. Il est parfois impossible de fournir aux aînés des repas nutritifs. »

6.3 Logements-services et logements supervisés

À mesure qu'ils avancent en âge, les aînés ont souvent de plus en plus besoin d'aide pour mener une vie autonome dans le quotidien. Entre la vie autonome et la vie en institution, il existe un large éventail

²¹⁶ Havelin Anand, Affaires indiennes et du Nord Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²¹⁷ *Ibid.*

²¹⁸ Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

d'options qui permettent aux aînés de vivre de façon autonome dans leur milieu grâce à des services de soutien.

Les expressions qui décrivent ces options varient souvent d'une province ou d'une région à l'autre, et les mêmes expressions peuvent être définies différemment. Deux de ces expressions sont « logement-service » et « logement supervisé ».

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, l'expression « logement-service » englobe le logement supervisé, l'habitation collective et d'autres types de logement qui offrent des soins personnels ainsi que l'entretien ménager, les services de blanchisserie, les repas et des activités récréatives. « L'emplacement, la superficie, le prix ainsi que les commodités, les programmes et les services offerts varient selon les habitations pour personnes âgées, les maisons de santé résidentielles et les logements-services. La combinaison des employés et des résidents contribue grandement au climat qui règne dans chaque habitation²¹⁹. »

De façon analogue, la SCHL décrit comme suit l'expression « logement-services » : « une forme d'hébergement qui facilite le quotidien des personnes, en leur offrant, d'une part, un milieu de vie sûr, stimulant et accueillant et, d'autre part, des services d'aide tels que la préparation de repas, la tenue et l'entretien des lieux, les activités sociales et les loisirs. C'est aussi la forme de logement qui respecte le mieux l'indépendance, l'intimité, la liberté de décision et d'engagement, la dignité ainsi que les choix et les préférences des gens²²⁰ ».

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a signalé au Comité qu'il fallait se pencher sur ce type de logement.

« Il faut également trouver des solutions de remplacement à l'institutionnalisation des personnes »

²¹⁹ Réseau canadien de la santé, Agence de la santé publique du Canada, Je veux demeurer aussi autonome que possible. Quelles sont les options de logement pour les aînés, à part les maisons de soins infirmiers et les autres établissements? Consultation en ligne, janvier 2007.

²²⁰ Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Le logement-services pour les aînés*, 2000.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

âgées, comme les logements supervisés et l'aide à la vie autonome. Ces deux options peuvent constituer une solution intermédiaire pour les personnes âgées qui exigent davantage de soins qu'il n'est possible de leur en offrir à domicile, mais moins que ce qui leur est fourni dans les établissements de soins de longue durée. Planifier une société vieillissante exige une approche intersectorielle qui combine les soins de santé, les services sociaux et le logement. Il y a au Canada de multiples exemples de logements intégrés offrant un continuum de soins aux personnes âgées²²¹. »

On a fait savoir au Comité que des organismes communautaires sans but lucratif, ainsi que des groupes religieux et culturels, présentent de plus en plus de demandes de construction et construisent diverses installations résidentielles, « dont certaines sont intergénérationnelles et offrent divers services de santé et ont été couronnées de succès²²² », car bon nombre peuvent offrir des solutions moins onéreuses que les foyers de soins infirmiers privés.

La Légion royale canadienne a indiqué au Comité qu'elle gère un programme de logement depuis les années 1980. Le défi le plus important auquel nos filiales font face pour lancer un nouveau projet est de « satisfaire aux exigences obligatoires en matière d'équité pour se qualifier afin d'obtenir une assurance de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Le défi vient des critères plus serrés que la SCHL impose aux petites entreprises sur le plan des assurances. Ces critères font augmenter le coefficient du prêt en fonction de la mise de fonds pour les petits projets. Malheureusement, on peut se faire refuser un financement simplement parce qu'il manque 150 000 \$ à la mise de fond pour un projet de construction de 3 millions de dollars²²³ ». La Légion propose la création d'un modeste fonds renouvelable qui fournirait un financement complémentaire du capital, dont le remboursement serait étalé sur cinq ans. Il s'agirait

²²¹ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

²²² Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

²²³ Jack Frost, Légion royale canadienne, Témoignages, 11 décembre 2006.

d'un programme autosuffisant qui favoriserait le démarrage de projets de développement résidentiel de moindre envergure. De l'avis de la Légion, l'augmentation du parc de logements supervisés à prix modique à l'aide de tels projets réduirait en définitive les dépenses en matière de soins de santé et de soins de longue durée.

6.4 Transport

L'un des facteurs qui contribuent au bien-être des aînés, outre la santé, l'autonomie et la sécurité financière, est la possibilité d'entretenir des contacts significatifs avec autrui. Bien que les besoins de transport varient selon l'emplacement géographique et l'état de santé, les possibilités de transport permettent aux aînés de se prévaloir de services et de mener des activités qui peuvent prévenir l'isolement et favoriser le bien-être. Des problèmes de transport se posent tout particulièrement aux aînés des collectivités rurales et éloignées, où le transport en commun est moins accessible, de même qu'au nombre grandissant d'aînés qui vivent seuls et que guette l'isolement.

Même si presque tous les aînés ont accès « en théorie » au transport (véhicule leur appartenant, transport en commun, taxi ou aide provenant d'amis et de membres de la famille), leur niveau de mobilité actuel, c'est-à-dire la capacité de se déplacer comme bon leur semble, diffère considérablement d'une personne à l'autre. Selon des données provenant de l'Enquête sociale générale réalisée en 2005 par Statistique Canada, un grand nombre d'aînés avaient des activités sociales limitées faute d'accès au transport; « lorsque les aînés ont un moins bon accès au transport, cela peut se traduire par certaines conséquences négatives dans leur vie de tous les jours, entre autres, une plus faible probabilité d'être sorti de chez soi une journée donnée et une plus faible probabilité d'avoir fait du bénévolat l'année précédente. Les aînés qui vivent en milieu rural sont plus susceptibles d'avoir un accès limité au transport²²⁴ ».

²²⁴ Martin Turcotte, « L'accès des aînés au transport », *Tendances sociales canadiennes*, décembre 2006, Statistique Canada, n° 11 008 au catalogue, p. 47-50.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

Voilà quelle était la situation en dépit de l'augmentation du nombre de ménages d'aînés disposant d'un véhicule entre 1999 et 2003. Cette augmentation était plus marquée chez les femmes aînées vivant seules; leur proportion est passée de 41 p. 100 à 50 p. 100 tandis que, chez les couples, elle est passée de 84 p. 100 à 92 p. 100²²⁵.

En 2003, 67 p. 100 des aînés possédaient un permis de conduire (86 p. 100 des hommes et 52 p. 100 des femmes), soit une augmentation de 2 points de pourcentage par rapport à 2000²²⁶. On a fait savoir au Comité que la perte de la capacité de conduire a une grande incidence psychologique sur la perception de la mobilité. « Lorsqu'une personne en arrive au point où elle n'est plus en mesure de conduire, elle y voit une perte de son autonomie et de sa mobilité. » Des témoins croient qu'il est nécessaire de sensibiliser les aînés et les services de transport privés à la disponibilité des services et aux mesures d'adaptation possibles qui pourraient accroître l'accès des aînés aux services de taxi, par exemple « pour qu'ils offrent certains services en dehors des heures de pointe ou qu'ils prévoient des tarifs fixes²²⁷ ».

L'Association canadienne de gérontologie a décrit un système qui existe au Royaume-Uni et qui permet à une personne âgée de payer les frais d'essence à un voisin pour son transport. Il s'agit d'un exemple des divers modèles qui pourraient être utilisés au Canada.

Selon le Conseil consultatif national sur le troisième âge, les aînés représentent 10 p. 100 de la clientèle des services nationaux de transport en commun et cette proportion s'établit à non moins de 30 p. 100 dans les petites collectivités.

6.5 Questions à examiner plus à fond

- Le taux croissant d'aînés vivant seuls a-t-il des répercussions sur le genre de parc de logements qui sera nécessaire plus tard?

²²⁵ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada : Bulletin 2006*, p. 50.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ Anne Martin-Matthews, Institut du vieillissement Témoignages, 11 décembre 2006.

- Que faut-il faire pour réduire l'incidence du besoin impérieux de logement chez les aînés qui sont inuits, handicapés ou nouveaux immigrants, et dans l'ensemble de la population d'aînés autochtones?
- Quelle proportion des fonds de la SCHL transférés aux provinces sert à la création de logements abordables pour les aînés?
- Faut-il en faire davantage pour encourager l'utilisation des concepts du programme Bâti-Flex dans la construction d'habitations?
- Serait-il possible d'étendre à l'ensemble des aînés canadiens le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, géré par Anciens combattants Canada?
- Que devraient faire Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada pour améliorer les services de soutien offerts aux aînés des Premières nations dans les réserves?
- Quels sont les modèles permettant le mieux d'intégrer le logement dans la gamme de soins destinés aux aînés?
- En plus de se pencher sur la question des exigences obligatoires en matière d'équité aux fins de l'assurance de la SCHL, quelles mesures devrait prendre le gouvernement pour faciliter l'exécution de projets de développement résidentiel pour les aînés, en particulier par les groupes communautaires et par les petits promoteurs locaux?
- Quels sont certains des programmes novateurs permettant d'améliorer les options de transport offertes aux aînés, en particulier dans les régions rurales et éloignées?
- Le transport, le logement et les services sociaux sont des secteurs de compétence provinciale. Quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il ou devrait-il jouer dans ces secteurs?

7. Coopération et concertation entre ordres de gouvernement et entre ministères fédéraux

Les divers aspects de la vie des personnes âgées (santé, revenu, travail, etc.) n'incombent pas à des ordres bien définis de gouvernement, mais sont partagés entre le gouvernement fédéral, les provinces et territoires et les municipalités. Même au sein du gouvernement fédéral, les programmes pour les aînés concernent plusieurs ministères. D'ailleurs, à la réunion que le Comité a tenue avec les ministères fédéraux dans le but de comprendre cette gamme de programmes, huit ministères étaient représentés.

Nous résumerons dans le présent chapitre les témoignages entendus sur l'éventail de services et de programmes fédéraux destinés aux aînés; sur les groupes démographiques sous responsabilité fédérale; sur la concertation interministérielle au niveau fédéral; sur la coordination des programmes, des services et de l'information entre ordres de gouvernement et sur le rôle et les obligations du Canada dans le cadre du *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* de 2002.

7.1 Programmes et services fédéraux pour les personnes âgées

« Les personnes âgées et le vieillissement sont deux enjeux horizontaux très vastes qui constituent un volet fondamental du programme fédéral²²⁸. »

Les questions relatives au vieillissement et aux aînés entrent dans le mandat de plusieurs ministères et organismes fédéraux. Le gouvernement fédéral assume diverses fonctions clés à l'égard des aînés, notamment la diffusion de l'information, la facilitation du dialogue avec d'autres ordres de gouvernement et avec les organismes internationaux et la fourniture directe de services à certains segments de la population. En outre, étant le principal employeur au pays, il

²²⁸ Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

peut jouer un rôle de leadership pour ce qui est des aménagements sur le plan des retraites et du lieu de travail pour les travailleurs âgés.

Dans l'une de ses audiences, le Comité s'est fait préciser que le ministre des Ressources humaines et du Développement social était également responsable des personnes âgées. Un secrétaire d'État (Aînés) a été nommé en janvier 2007.

Sont décrits ci-après les ministères fédéraux qui s'occupent des personnes âgées et du vieillissement et leurs principales activités.

Ressources humaines et Développement social Canada (RHDSC) est le principal ministère chargé des questions concernant les aînés au sein du gouvernement fédéral. Ses responsabilités particulières touchent les retraites, le soutien au revenu et la sécurité du revenu ainsi que le programme Nouveaux horizons pour aînés, dans le cadre duquel des projets communautaires sont financés un peu partout au pays. RHDSC est également responsable de l'alphabétisation, de l'apprentissage continu et de l'appui des travailleurs âgés et, par l'entremise de Service Canada, de la préparation du Guide des services du gouvernement du Canada pour les aînés et leurs familles.

Les représentants du ministère ont informé le Comité qu'un programme national à coûts partagés avec les provinces et les territoires, appelé Initiative ciblée pour les travailleurs âgés, venait d'être annoncé et aiderait « les travailleurs âgés sans emploi à demeurer des participants productifs au marché du travail pendant que leurs collectivités s'adaptent aux changements qu'elles subissent²²⁹ ». Le ministère devrait également entreprendre, nous a-t-on dit, « une étude de faisabilité sur les mesures à l'intention des travailleurs âgés²³⁰ ».

L'Agence de santé publique du Canada — Division du vieillissement et des aînés s'occupe des questions de santé liées au vieillissement et aux personnes âgées. Actuellement, elle axe ses ressources sur quatre grands enjeux : le vieillissement actif, la

²²⁹ Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²³⁰ *Ibid.*

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

préparation en situation d'urgence, la santé mentale et la prévention des chutes. Elle fournit aussi un soutien opérationnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge. L'Agence veille à ce que la planification des situations d'urgence tienne compte des besoins des personnes âgées. On a dit au Comité que « l'Agence tiendra un atelier international sur les préparatifs en cas d'urgence et les personnes âgées à Winnipeg en février 2007, où se rencontreront 100 spécialistes mondiaux et personnes âgées venant de partout. Cet atelier vise à établir un plan d'action et à orienter les changements à apporter à la pratique et aux politiques sur la préparation aux situations d'urgence afin de mieux intégrer les contributions et les besoins des personnes âgées²³¹ ».

Dans le domaine du vieillissement actif, l'Agence de santé publique du Canada collabore, avec l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres partenaires nationaux et étrangers, à une initiative mondiale visant à favoriser l'établissement de villes-amies des aînés, favorables au vieillissement actif et axées sur les personnes âgées. Le Comité s'est fait dire que « trente-quatre villes, y compris quatre villes canadiennes – Portage la Prairie, au Manitoba, Saanich, en Colombie Britannique, Sherbrooke, au Québec, et Halifax, en Nouvelle-Écosse – participent à cette initiative²³² ».

Santé Canada — Santé des Premières nations et des Inuits collabore avec les communautés des Premières nations et des Inuits à la mise sur pied de services de soins à domicile et dans la collectivité. Le programme de Services de santé non assurés (SSNA) offre aux membres des Premières nations et aux Inuits la protection nécessaire relative aux biens et services d'ordre médical qui ne sont pas couverts par d'autres régimes d'assurance-maladie. Parmi ces biens ou services, mentionnons les produits pharmaceutiques, les soins dentaires, les soins de la vue, le counseling en santé mentale et le transport à des fins médicales permettant d'obtenir les services de soins de santé inexistants dans la réserve ou dans la collectivité. Les produits pharmaceutiques assurés sont les médicaments sur ordonnance, certains médicaments en vente libre ainsi que des

²³¹ Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²³² *Ibid.*

fournitures et équipements médicaux comme les fauteuils roulants et les appareils auditifs²³³.

Santé Canada collabore avec les collectivités des Premières nations et des Inuits à la mise sur pied de services de soins à domicile et dans la collectivité à l'intention des personnes souffrant de maladies chroniques et aiguës. La représentante du ministère a expliqué au Comité que « le Programme de soins communautaires à domicile des Inuits et des Premières nations subit des pressions semblables à celles qui s'exercent sur les programmes provinciaux et territoriaux : une plus grande complexité des besoins en matière de santé pour réagir à des situations multiples au fur et à mesure que vieillit la population desservie et bien sûr, un désir accru d'obtenir des soins palliatifs à la maison²³⁴ ».

Affaires indiennes et du Nord Canada offre également un Programme de soins aux adultes visant à aider les membres des Premières nations souffrant d'une limitation fonctionnelle à maintenir leur indépendance. Ce programme prévoit des services d'aide à domicile, des soins en établissement et le placement familial.

Anciens Combattants Canada (ACC) offre aux anciens combattants admissibles et à leurs survivants des services de santé, des programmes d'aide aux fournisseurs de soins, des pensions d'invalidité et un soutien au revenu. Les représentants du ministère ont fait savoir au Comité qu'ACC se trouve dans une position privilégiée pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et offrir les services adéquats, l'âge moyen des anciens combattants ayant servi en temps de guerre étant d'environ 82 ans. Comme l'a expliqué un de ses représentants au Comité, « le ministère a fait office d'éclaireur en ce qui concerne les programmes qu'il offre à une population vieillissante²³⁵ ». ACC offre une gamme complète de services à domicile dans le cadre du Programme pour l'autonomie des

²³³ Leslie MacLean, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²³⁴ Shelagh Jane Woods, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²³⁵ Bryson Guptill, Anciens Combattants Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

anciens combattants, d'un programme de remboursement des médicaments sur ordonnance et d'un programme de soins de longue durée. Le ministère mène actuellement un examen complet et approfondi des soins de santé en partenariat avec un Conseil consultatif de gériatrie, composé de gériatres de toutes les régions du Canada. Les témoins d'ACC ont communiqué au Comité quelques-unes des premières recommandations du Conseil, notamment l'intégration de tous les programmes de soins de santé du ministère en un seul programme, doté d'un guichet unique, et l'adoption d'une approche fondée sur les besoins plutôt que sur les droits.

La **Société canadienne d'hypothèques et de logement** (SCHL) effectue des recherches sur le logement des personnes âgées et offre de l'information sur le sujet ainsi que des programmes de subventions et de rénovation des logements sociaux. Son représentant a expliqué que « la SCHL participe activement à des activités de recherche et de diffusion de l'information qui portent sur les défis de logement des aînés et les solutions possibles. Cela comprend la documentation des conditions de logement des aînés, l'exploration de solutions novatrices en matière de logement et la diffusion d'information visant à permettre aux aînés de continuer à vivre dans leur logement et leur collectivité de façon sûre et autonome²³⁶ ».

Le **Secrétariat du Conseil du Trésor** (SCT) aide le Conseil du Trésor à exercer son rôle d'administrateur général et d'employeur de la fonction publique, ce qui est considérable puisque le gouvernement du Canada est le principal employeur au pays. Dans son exposé devant le Comité, le représentant du SCT a évoqué l'incidence du vieillissement de la population pour les employés assujettis à la *Loi sur la pension de la fonction publique* (notamment les employés de l'administration publique fédérale, des sociétés d'État, des Forces canadiennes et de la GRC). Il a précisé : « nos projections et les récentes expériences ne témoignent pas d'une « ruée vers la sortie » de la fonction publique par les enfants d'après-guerre. En fait, selon les tendances actuelles, nous estimons que les départs à la retraite

²³⁶ Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Témoignages, 4 décembre 2006.

augmenteront par rapport aux niveaux actuels, mais d'une manière graduelle et ordonnée pendant les 14 prochaines années²³⁷. »

7.2 Segments démographiques dont la responsabilité incombe au gouvernement fédéral

Même dans les domaines d'habitude relégués aux provinces et aux territoires (notamment les soins de santé, les services sociaux et le travail), le gouvernement fédéral assume des responsabilités aux termes de la Constitution à l'égard de certains groupes. Des témoins ont évoqué la situation de deux de ces groupes, les Autochtones et les Anciens combattants. On a également précisé au Comité le rôle particulier qui incombe au gouvernement fédéral compte tenu de son statut de principal employeur au pays.

La situation des groupes dont le gouvernement fédéral s'occupe est très différente. D'après les témoignages entendus, d'une part, Anciens Combattants Canada offre aux anciens combattants admissibles des programmes qui pourraient constituer un modèle pour l'ensemble des personnes âgées au Canada et, d'autre part, bon nombre d'Autochtones âgés sont en mauvaise santé, ont de piètres conditions de vie et il leur est très difficile d'avoir accès à des services tant dans les villes que dans les régions rurales et éloignées. Les témoignages sur ce dernier groupe étaient particulièrement dérangeants. Un témoin a également expliqué que « le manque d'information est un problème de taille. Nous manquons cruellement de données valables sur les Autochtones : où sont-ils? À quels services ont-ils accès ou non? Winnipeg est un excellent exemple de cela. Sa population est composée d'Autochtones dans une proportion de 10 p. 100, mais nous ignorons qui ils sont, ce qu'ils font, et à quels services ils peuvent avoir accès ou non²³⁸ ». Il importe de noter que les représentants des collectivités des Premières nations et des Inuits ont eu peu d'occasions de commenter la qualité des programmes et des services fournis par le

²³⁷ Dan Danagher, Secrétariat du Conseil du Trésor, Témoignages, 4 décembre 2006.

²³⁸ Mark Buell, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

gouvernement fédéral au cours des réunions le Comité a tenues jusqu'ici.

7.3 Collaboration interministérielle

Il a été difficile, lors de la réunion avec les représentants du gouvernement fédéral, d'établir à quel point les ministères fédéraux collaborent afin d'assurer la cohésion des politiques relatives au vieillissement et aux personnes âgées et l'homogénéité des programmes et services offerts aux aînés.

Le Comité a appris qu'un comité interministériel se réunit d'habitude de trois à quatre fois par an, sauf lorsque tous les ministères travaillent ensemble à un projet commun, comme ils le font cette année en préparation d'un examen de l'application au Canada du *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*.

Certains ministères collaborent à des projets particuliers concernant les personnes âgées. Un témoin a expliqué, par exemple, que Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada cofinancent « une initiative menée par plusieurs intervenants pour élaborer un programme national de politiques et un cadre de programme pour les soins continus dont les soins assistés font partie intégrante. L'objectif de ce travail est d'élaborer une approche harmonieuse pour la prestation des soins actuellement assurée par Santé Canada, le MAINC et, dans certains cas, la province²³⁹. »

Certains témoins se sont demandés si « le meilleur moyen pour les gouvernements [n'était] pas d'avoir un ministre exclusivement chargé du dossier des personnes âgées²⁴⁰ », pour que l'approche du gouvernement fédéral en la matière soit mieux concertée. D'autres ont pressé le Comité d'examiner soigneusement les résultats mitigés qu'ont obtenus les pays ayant choisi de nommer un ministre responsable des personnes âgées.

²³⁹ Havelin Anand, Affaires indiennes et du Nord Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²⁴⁰ Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

7.4 Coopération fédérale- provinciale- territoriale

Le Comité a entendu très peu de témoignages sur l'incidence que la séparation des pouvoirs entre ordres de gouvernement a sur la gamme de services offerts aux personnes âgées. Il a toutefois appris que le ministre de RHDSC préside un « forum des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, dont les travaux se concentrent actuellement sur des questions comme la violence faite aux aînés, le vieillissement en santé et l'isolement social²⁴¹ ». L'Agence de santé publique du Canada recourt également à ce mécanisme pour collaborer avec les provinces et les territoires à l'élaboration d'une initiative qui « explorera les facteurs déterminants des villes-amies des aînés dans les collectivités canadiennes, petites, rurales et éloignées²⁴² ».

7.5 Incidence des migrations internes sur le vieillissement de la population

Lorsque la population en âge de travailler se déplace au sein d'un pays (quittant les régions rurales pour s'installer dans les régions urbaines, ou passant d'une région à l'autre, par exemple) en quête d'emplois, les personnes âgées restent souvent derrière. Il en résulte des variations dans l'âge moyen de la population selon les régions. On a dit au Comité de prêter une attention soutenue aux répercussions de ces disparités régionales. Dans son exposé, M. Byron Spencer a souligné que :

« La proportion de citoyens faisant partie du groupe des « aînés », les 65 ans et plus, varie aussi énormément d'un bout à l'autre du pays. Cela est fort préoccupant, surtout à cause du partage des compétences et des responsabilités juridictionnelles dans le domaine de la santé. Comme on le sait, les dépenses au chapitre des soins de santé absorbent une grande part des budgets provinciaux. Voilà

²⁴¹ Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

²⁴² Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

pourquoi l'inégalité qui caractérise ce groupe compte beaucoup²⁴³. »

Lors de son étude, le Comité pourrait chercher à établir si le gouvernement peut intervenir pour corriger les disparités sur le plan de l'âge de la population selon les régions et de quelle façon.

7.6 Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002

Les Nations Unies ont tenu leur deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement à Madrid en 2002 et ont produit à cette occasion le *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*. Le Canada a joué un rôle important dans l'élaboration de ce plan et comptait parmi ses quelque 190 signataires. Ce plan d'action appelle à un changement d'attitudes, de politiques et de pratiques pour que chacun, où qu'il réside, puisse vieillir dans la sécurité et la dignité en tant que membre à part entière de la société. Les recommandations contenues dans ce plan sont structurées selon trois orientations prioritaires : les personnes âgées et le développement; promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées et assurer un environnement porteur favorable.

Des témoins ont salué le *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement de 2002* comme un bel outil stratégique pour l'élaboration de programmes et de politiques, propres à assurer la participation pleine et entière des personnes âgées à notre société.

« Le temps est-il venu d'envisager d'utiliser ce plan comme cadre de travail pour l'avenir, un important outil de planification nationale qui s'attaque aux inégalités entre les provinces et qui sert de véhicule aux changements sociaux qui permettront aux personnes âgées de savoir intuitivement qu'elles

²⁴³ Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

forment un des éléments clés d'une collectivité saine et dynamique²⁴⁴? »

Le Plan appelait chaque pays à surveiller, examiner et communiquer ses progrès dans le domaine. Les témoins qu'a entendus le Comité ont fait savoir que Ressources humaines et Développement social Canada travaille actuellement, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, à l'élaboration d'un rapport sur les progrès accomplis par le Canada dans le cadre du *Plan international sur le vieillissement de 2002*.

« Les pays ont demandé de revoir leurs progrès sur une base volontaire. Actuellement, nous réunissons différents ministères et il est utile que vous siégiez à ce comité pour savoir où nous en sommes en ce qui concerne les progrès accomplis. Nous avons décidé d'aller de l'avant, de faire rapport sur les progrès et d'écouter ce que les autres pays ont à dire pour être au courant des mesures prises à l'étranger de sorte que nous soyons mieux informés. Je crois qu'en février ou en mars, nous ferons rapport aux Nations Unies²⁴⁵. »

7.7 Questions à examiner plus à fond

- Le gouvernement fédéral doit-il ou peut-il atténuer l'incidence éventuellement inégale, entre provinces ou territoires, d'une répartition déséquilibrée des personnes âgées sur les dépenses au titre de la santé? Si tel est le cas, comment?
- Comment le gouvernement fédéral concerte-t-il ses efforts avec les provinces et les territoires dans les domaines de responsabilités partagées?
- Le gouvernement fédéral s'occupe-t-il comme il le devrait des personnes âgées dont il a la responsabilité, comme les anciens

²⁴⁴ Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

²⁴⁵ Marla Israel, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

combattants, les membres des Premières nations vivant dans des réserves et les Inuits?

- Le gouvernement fédéral devrait-il participer à l'établissement de normes nationales dans des secteurs comme les soins de longue durée, comme le proposent plusieurs témoins?
- Les personnes âgées peuvent-elles facilement obtenir les renseignements sur les programmes et services du gouvernement canadien qui leur sont destinés? Les outils de communication qu'utilise le gouvernement fédéral conviennent-ils aux cohortes actuelles de personnes âgées?

Liste des témoins

27 novembre 2006

Statistique Canada

Pamela White, directrice, Division de la démographie;
Laurent Martel, analyste, Section de la recherche et de l'analyse.

À titre personnel

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster.

Organisation nationale de la santé autochtone

Carole Lafontaine, présidente-directrice générale intérimaire;
Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Robert Dobie, président intérimaire.

À titre personnel

Douglas Durst, professeur, Faculté de travail social, Université de Regina.

4 décembre 2006

Ressources humaines et développement social Canada

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation;

John Connolly, directeur, Division des partenariats, Direction du développement communautaire et des partenariats;

Marla Israel, directrice, Politique et accords internationaux, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions.

Agence de santé publique du Canada

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des personnes âgées.

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Leslie MacLean, directrice générale, Services de santé non assurés;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique.

LISTE DES TÉMOINS

Affaires indiennes et du Nord Canada

Havelin Anand, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

Anciens Combattants Canada

Bryson Guptill, directeur général, Politique en matière de programmes et de services.

Société canadienne d'hypothèques et de logement

Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques.

Secrétariat du Conseil du Trésor

Dan Danagher, directeur exécutif, Relations de travail et opérations de rémunération.

Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada

Cecilia Muir, directrice générale, Renouvellement et diversité de la fonction publique.

11 décembre 2006

CARP – Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus

Judy Cutler, directrice, Relations gouvernementales;
Taylor Alexander, consultant en politique sur le vieillissement et en soins continus.

Légion royale canadienne

Jack Frost, président national;
Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide.

Fédération internationale du vieillissement

Jane Barratt, secrétaire générale.

Instituts de recherche en santé du Canada

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

Association canadienne de gérontologie

Sandra P. Hirst, présidente.

Initiative nationale pour le soin des personnes âgées

Lynn McDonald, directrice scientifique.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESS

Monday, February 12, 2007

Human Resources and Social Development Canada:

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and
Evaluation.

TÉMOIN

Le lundi 12 février 2007

Ressources humaines et Développement social Canada :

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification
et évaluation.





First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:
The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Monday, February 19, 2007

Issue No. 4
Sixth meeting on:
Special study on aging

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006-2007

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillissement

Présidente :
L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le lundi 19 février 2007

Fascicule n° 4
Sixième réunion concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput

Cordy

* Hervieux-Payette, P.C.
(or Tardif)

* LeBreton, P.C.
(or Comeau)

Mercer

Murray, P.C.

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput

Cordy

* Hervieux-Payette, C.P.
(ou Tardif)

* LeBreton, C.P.
(ou Comeau)

Mercer

Murray, C.P.

*Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, February 19, 2007
(7)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:36 p.m. in room 9 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Keon and Murray, P.C. (4).

Also present: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool and Michael Toye, Analysts.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 7, the committee continued to examine the implications of an aging society in Canada. (*For the full text of the Order of Reference, see Issue No. 1, Monday, November 27, 2006.*)

WITNESSES:

As an individual:

Victor Marshall, Professor of Sociology, Institute on Aging, University of North Carolina.

Policy Research Initiative:

Terrence Hunsley, Senior Project Director.

As an individual:

Susan Kirkland, Professor, Canadian Longitudinal Study on Aging, Dalhousie University.

Statistics Canada:

Geoff Rowe, Senior Advisor — Microsimulation.

The Chair made a statement.

Messrs. Marshall and Hunsley made presentations and answered questions.

At 1:38 p.m., the committee suspended.

At 2:03 p.m., the committee resumed.

Ms. Kirkland and Mr. Rowe made presentations and answered questions.

At 3:08 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 19 février 2007
(7)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 36, dans la salle 9, édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P., (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Keon, et Murray, C.P. (4).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque : Julie Cool et Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 7 novembre, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du lundi 27 novembre 2006.*)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina.

Projet de recherche sur les politiques :

Terrence Hunsley, directeur principal du projet.

À titre personnel :

Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie.

Statistique Canada :

Geoff Rowe, conseiller principal — microsimulation.

La présidente fait une déclaration.

MM. Marshall et Hunsley font des exposés puis répondent aux questions.

À 13 h 38, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 3, le comité reprend ses travaux.

Mme Kirkland et M. Rowe font des exposés puis répondent aux questions.

À 15 h 8, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

Le greffier du comité,

François Michaud

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, February 19, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:36 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Good afternoon, senators. Welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. We have two panels this afternoon on the theme of life-course approaches, which recognizes that aging is a lifelong process important to life transitions such as entering and leaving education, family formation and retirement.

To help the committee better understand these issues, we have with us today Victor Marshall, Professor of Sociology, Institute on Aging, University of North Carolina. He used to be at the University of Toronto, where he directed the Institute for Human Development, Life Course and Aging for seven years.

We also have Terrence Hunsley, Senior Project Director, Policy Research Initiative. The PRI, while conducting independent research projects, is attached to Human Resources and Social Development Canada.

Victor Marshall, Professor of Sociology, Institute on Aging, University of North Carolina, As an individual: I want to thank you for inviting me to address this special committee. I have read the minutes of your previous hearings and it is indeed a special committee. I am happy to be here.

I will make some brief remarks and then I will be happy to answer any questions that you might have. I am a professor, so just press a button because I can talk about anything for too long.

I imagine you might not be clear as to why this person from Chapel Hill, North Carolina, is here to meet with you, so I will give you some background. I am a Canadian born and raised in Calgary. I pursued my bachelor's degree at the University of Alberta, Calgary and graduated in the last class before it became the University of Calgary. I was in the reserve officer training program of the Royal Canadian Naval Reserve, the University Naval Training Division. I was commissioned in the naval reserve but went on the inactive list when I went to the U.S. for my doctorate.

I returned to Canada for an academic career at McMaster University for eight years, then at the University of Toronto for 20 years. During that period I taught the first course at a Canadian university in the sociology of aging and trained several

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 19 février 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 36 pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour, mesdames et messieurs. Bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité est en train d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne. Nous accueillons cet après-midi deux panels qui vont nous entretenir de l'approche fondée sur le parcours de vie, qui reconnaît que le vieillissement est un processus qui dure toute la vie et qui intervient dans les grandes étapes de la vie comme les études, la constitution d'une famille et la retraite.

Sont donc des nôtres aujourd'hui, pour nous aider à mieux comprendre ces questions, plusieurs invités, dont Victor Marshall, professeur de sociologie à l'Institut sur le vieillissement, University of North Carolina. Il travaillait autrefois à l'Université de Toronto, où il a pendant sept ans dirigé l'Institute for Human Development, Life Course and Aging.

Nous allons également entendre Terrence Hunsley, directeur principal de projet, Projet de recherche sur les politiques. Le PRP, tout en menant des projets de recherche indépendants, est rattaché à Ressources humaines et Développement social Canada.

Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina, à titre personnel : Je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant le comité spécial. J'ai lu les procès-verbaux de vos séances antérieures, et le comité ici réuni est bel et bien spécial. Je suis ravi d'être là.

Je vais faire quelques brèves remarques, après quoi je me ferai un plaisir de répondre à vos questions. Je suis professeur, alors appuyez simplement sur un bouton, car je peux parler pendant trop longtemps de n'importe quoi.

J'imagine que vous ne savez peut-être pas très bien pourquoi cette personne de Chapel Hill, en Caroline du Nord, est venue ici s'entretenir avec vous, alors je vais vous mettre un petit peu les choses en contexte. Je suis Canadien, étant né et ayant grandi à Calgary. J'ai fait mon baccalauréat à l'Université de l'Alberta, à Calgary, et ai fait partie de la dernière promotion avant que cette université ne devienne l'Université de Calgary. J'étais inscrit au programme de formation des officiers de réserve de la Réserve de la marine royale du Canada, la Division universitaire d'instruction navale. On m'a donné ma commission dans la réserve navale, mais on m'a placé sur la liste des inactifs lorsque je suis allé aux États-Unis faire mon doctorat.

Je suis retourné au Canada pour une carrière universitaire, et c'est ainsi que je suis resté à l'Université McMaster pendant huit ans, pour ensuite aller à l'Université de Toronto, où j'ai travaillé pendant 20 ans. Pendant cette période, j'ai donné le premier cours

doctoral students in sociology and public health in the field of aging. My first Ph.D. student in fact was Anne Martin-Matthews, who testified at an earlier meeting.

I was a founding member and subsequently a vice-president of the Canadian Association on Gerontology and served, until it was done away with, on the Canada Pension Plan advisory board. Ten years ago I was appointed chair of the Gerontological Advisory Council of Veterans Affairs Canada. In 1999 I moved to the University of North Carolina to direct its Institute on Aging but more importantly to follow my wife, who went there as dean of the School of Information and Library Science.

Veterans Affairs Canada, VAC, has continued to ask me to chair its Gerontological Advisory Council. I will use my presentation time to talk to you about *Keeping the Promise*, the report just released by the council. Following that, I will be happy to get into discussion. I have a couple of books on the life-course perspective and can talk with you about that.

The Gerontological Advisory Council is about to celebrate its tenth anniversary. Its members include representatives of the three veterans' associations focused on the traditional veterans, those from World War I, World War II and Korea; people from the health care sector who provide services to these veterans or who otherwise have experience with long-term care; and the leading Canadian researchers in aging and health. Veterans Affairs Canada asks us for advice and I am pleased to say our advice has been for the most part taken and has had an impact.

Any recommendation we make has to pass three tests: it has to meet the needs of the veterans' groups who have a direct stake in what Veterans Affairs Canada does; it has to be realistic in terms of the clinical and health care experience of the providers of services for Veterans Affairs Canada; and it has to pass the scientific criteria that are so important for the academic researchers on the council.

The recommendations in *Keeping the Promise* have passed these three hurdles or tests and therefore are recommendations for reform based on what is known as evidence-based practice.

We are building on the momentum of the Veterans Charter, which focused on the Canadian Forces veterans. We reviewed existing arrangements for the traditional veterans and developed a framework outlining the best ways to support health, wellness and quality of life for the estimated 234,000 war service veterans.

en sociologie du vieillissement jamais offert dans une université canadienne et ai formé plusieurs étudiants de niveau doctoral en sociologie et en santé publique, dans le contexte du vieillissement. Mon premier étudiant au doctorat était en fait Anne Martin-Matthews, qui a comparu devant le comité lors d'une séance antérieure.

J'ai été membre fondateur, puis vice-président, de l'Association canadienne de gérontologie, et j'ai siégé au Conseil consultatif du Régime de pensions du Canada jusqu'à son démantèlement. Il y a dix ans, on m'a nommé président du Conseil consultatif de gérontologie d'Anciens Combattants Canada. En 1999, j'ai pris un poste à l'University of North Carolina pour y diriger l'Institut sur le vieillissement, mais surtout pour y suivre mon épouse, qui avait été nommée doyenne de la School of Information and Library Science.

Anciens Combattants Canada, ACC, continue de me demander de présider son Conseil consultatif de gérontologie. Je vais utiliser le temps dont je dispose ici pour vous faire ma déclaration pour vous parler de *Parole d'honneur*, le rapport que vient tout juste de publier le conseil. Je me ferai ensuite un plaisir d'avoir une discussion avec vous. J'ai publié quelques livres sur la perspective du parcours de vie et je pourrais discuter de cela avec vous.

Le Conseil consultatif de gérontologie va bientôt fêter son 10^e anniversaire. Comptent parmi ses membres des représentants des trois associations d'anciens combattants qui défendent les intérêts des anciens combattants dits traditionnels, soit ceux de la Première Guerre mondiale, de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée; des gens du secteur des soins de santé qui offrent des services à ces anciens combattants ou qui ont une expérience autre des soins de longue durée; et les chercheurs canadiens chefs de file en matière de vieillissement et de santé. Anciens Combattants Canada nous demande des conseils et je suis heureux de dire que ceux-ci ont, pour la plupart, été suivis et ont eu des retombées.

Toute recommandation que nous formulons doit satisfaire à trois critères : elle doit correspondre aux besoins des groupes d'anciens combattants qui ont un intérêt direct dans ce que fait Anciens Combattants Canada; elle doit être réaliste dans le contexte de l'expérience clinique et de soins de santé des prestataires de services pour Anciens Combattants Canada; et elle doit être conforme aux critères scientifiques qui sont si importants pour les chercheurs universitaires au conseil.

Les recommandations contenues dans *Parole d'honneur* ont franchi ces obstacles et constituent donc des recommandations en vue de réformes axées sur ce que l'on appelle la pratique fondée sur l'expérience clinique.

Nous sommes en train de construire à partir de l'énergie créée par la Charte des anciens combattants, qui vise tout particulièrement les vétérans des Forces canadiennes. Nous avons passé en revue les arrangements existants pour les anciens combattants traditionnels et avons élaboré un cadre esquissant les meilleurs moyens d'appuyer la santé, le bien-être et la qualité de vie des quelque 234 000 anciens combattants que compte le pays.

We put forth a number of principles in this report. The first is that all veterans should be eligible. Currently 40 per cent of war service veterans receive Veterans Affairs Canada health benefits. We take the position that all war service veterans who could benefit from VAC services should be eligible. In other words, "a vet is a vet is a vet."

We wanted to start from first principles. Veterans Affairs Canada has done a wonderful job, in an incremental way responding to changes in the demographics and the needs of veterans, but we wanted to start from what is known about the best way to provide services for people.

We take a social determinants of health perspective. The major social determinants of well-being in later life are health, wealth, and social integration. This builds on the framework adopted by both Health Canada and the World Health Organization in its active aging framework, which you have heard about in earlier sessions.

We take a life-course perspective. In order to understand people in the later years, you have to understand where they have been earlier in their lives and where they hope to go later. Early life events can produce delayed adverse health outcomes, as the general literature on post-traumatic stress disorder and the Australian research on Korean War veterans attest. This implies that health promotion and disease prevention should be an important component of VAC services, and this would be consistent with the federal health program review recommendations.

It also implies an ecological perspective. We place the veteran in the context of his or her family and community and try to provide care programs that are close to home.

Most important, it is a program based on needs rather than on complex service-based eligibility requirements. We maintain that it is neither feasible nor necessary to relate a current health condition in the later years to a specific war service-related event.

Putting all this together, we saw the need for a new way to organize comprehensive, integrated health and social services and we sketched out a plan based on two well-evaluated service delivery systems from Quebec. This plan includes a single point of entry and referrals as appropriate to one of three levels of care. All of this is with the idea of getting to veterans early, that is, before serious frailty or disability occurs. Already, when we wrote the report almost a year ago, the average age of the World War II veterans was 82 years and of the Korean veterans, 72 years.

Nous énonçons dans ce rapport un certain nombre de principes. Le premier est que tous les anciens combattants devraient être admissibles. À l'heure actuelle, 40 p. 100 des anciens soldats ayant participé à des efforts de guerre touchent des indemnités de santé d'Anciens Combattants Canada. Notre position est que tous les anciens combattants pouvant bénéficier des services d'ACC devraient être admissibles. En d'autres termes « un ancien combattant est un ancien combattant est un ancien combattant ».

Nous voulions construire à partir des premiers principes. Anciens Combattants Canada a fait un merveilleux travail progressif en répondant à l'évolution démographique et aux changements dans les besoins des anciens combattants, mais nous voulions bâtir à partir de ce que nous savons être la meilleure façon d'assurer aux gens les services dont ils ont besoin.

Nous nous inscrivons dans une perspective de déterminisme social de la santé. Les principaux déterminants sociaux du bien-être dans les vieux jours d'une personne sont la santé, la richesse et l'intégration sociale. Cela est le prolongement du cadre adopté par Santé Canada et par l'Organisation mondiale de la Santé dans son cadre de vieillissement actif, dont vous avez entendu parler lors de séances antérieures.

Nous avons également une perspective du vieillissement fondée sur le parcours de vie. Pour comprendre les gens âgés, il faut comprendre ce qu'ils ont vécu plus tôt et ce qu'ils espèrent vivre à l'avenir. Certains événements qui sont survenus à un jeune âge peuvent avoir des effets à retardement néfastes pour la santé, comme le confirment les études sur le syndrome du stress post-traumatique et les recherches australiennes sur les vétérans de la guerre de Corée. Cela laisse entendre que la promotion de la santé et la prévention de la maladie devraient être des éléments importants des services d'ACC, ce qui cadrerait également avec les recommandations de l'examen fédéral des programmes de santé.

Cela suppose également une perspective écologique. Nous plaçons l'ancien combattant dans le contexte de sa famille et de sa communauté et essayons de lui proposer des programmes de soins qui soient géographiquement proches de lui.

Le plus important est qu'il s'agit d'un programme fondé sur les besoins plutôt que sur des critères d'admissibilité complexes fondés sur le service. Nous maintenons qu'il n'est ni faisable ni nécessaire de lier un problème de santé survenant à un âge avancé à un événement particulier survenu en service de guerre.

Une fois réunis tous ces éléments, nous avons constaté la nécessité de trouver un nouveau moyen d'organiser des services sociaux et de santé exhaustifs et intégrés et c'est ainsi que nous avons élaboré un plan inspiré de deux systèmes de prestations de services québécois qui avaient reçu des évaluations très positives. Ce plan inclut un point d'entrée unique et le renvoi au palier approprié, parmi trois paliers de soins de santé. Tout ceci a pour corollaire l'idée d'intervenir rapidement auprès des anciens combattants, c'est-à-dire avant qu'ils ne soient trop fragilisés ou frappés d'incapacité. Lorsque nous avons rédigé le rapport il y a de cela presque un an, l'âge moyen des anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale était déjà de 82 ans et celui des anciens combattants de la guerre de Corée de 72 ans.

It is almost too late to be early with this population. We do have a sense of urgency. Let us get it done while the traditional veterans are still alive and can be helped. However, experts in health promotion and disease prevention stress it is never too late and also never too early to initiate health promotion strategies that will produce positive effects.

I am pleased, in reading minutes of your past meetings, that several other witnesses have strongly recommended a health promotion and disease prevention approach and also the life-course approaches.

I have a lengthy track record going back to 1968 on population aging, the aging of the workforce and the changing nature of the retirement transition. I will be happy to discuss any of those matters or the life-course perspective, but I wanted to focus on the *Keeping the Promise* report because it is so important in the current initiative to go beyond the New Veterans Charter that was implemented in April 2006. That was targeted at reforms in services for the Canadian Forces veterans. The current initiative, the health care review, will be drawing on this report but wants to cover all veterans.

Every one of the veterans' organizations has endorsed *Keeping the Promise*. We were so pleased to have every single veterans' organization in the country standing there with us when we released that report. We hope that government will be sympathetic to the recommendations in that report as well.

We give our advice to Veterans Affairs Canada, but to the extent that our recommendations in *Keeping the Promise* find their way into the current health care review, Veterans Affairs Canada will need your support.

[Translation]

Terrence Hunsley, Senior Project Director, Policy Research Initiative: Madam Chairman, thank you for the invitation to come and meet with you today. This gives me the opportunity to highlight some of the research that the Policy Research Initiative has carried out, collaboratively with several federal departments, on population aging and labour market issues.

I will highlight the main issues in my presentation and I will be pleased to take part in the discussions to follow.

Il est presque déjà trop tard pour intervenir de façon précoce auprès de cette population. C'est ainsi que nous ressentons une certaine urgence. Que l'on s'attaque au problème pendant que les anciens combattants traditionnels sont toujours de ce monde et peuvent bénéficier d'aide. Cependant, les experts en promotion de la santé et en prévention de la maladie soulignent qu'il n'est jamais trop tard et qu'il n'est jamais non plus trop tôt pour instaurer des stratégies de promotion de la santé qui produiront des résultats positifs.

J'ai été heureux de constater, à la lecture des procès-verbaux de vos réunions antérieures, que plusieurs autres témoins ont fermement recommandé l'adoption d'une approche axée sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie ainsi que des perspectives fondées sur le parcours de vie.

J'ai dans ce domaine des antécédents qui remontent loin en arrière, mon travail sur le vieillissement de la population, le vieillissement de la population active et la nature changeante de la transition vers la retraite ayant débuté en 1968. Je me ferai un plaisir de discuter avec vous de l'une quelconque de ces questions ou de la perspective fondée sur le parcours de vie, mais je tenais à insister sur le rapport *Parole d'honneur*, étant donné son importance dans le cadre de l'initiative en cours, visant à aller plus loin que la Nouvelle Charte des anciens combattants, qui a été mise en œuvre en avril 2006. Cette Charte ciblait certaines réformes dans les services offerts aux anciens combattants des Forces canadiennes. L'initiative actuelle, l'examen des soins de santé, s'appuiera sur ce rapport, mais doit englober tous les anciens combattants.

Chacune des organisations d'anciens combattants a appuyé *Parole d'honneur*. Que chaque organisation d'anciens combattants au pays, sans exception, ait été à nos côtés lors de la publication de ce rapport nous a remplis de joie. Nous espérons que les recommandations du rapport inspireront également la sympathie du gouvernement.

Nous livrons nos conseils à Anciens Combattants Canada, mais si les recommandations que nous formulons dans *Parole d'honneur* devaient s'inscrire dans l'examen en cours des soins de santé, Anciens Combattants Canada aurait besoin de votre appui.

[Français]

Terrence Hunsley, directeur principal du projet, Projet de recherche sur les politiques : Madame la présidente. Je vous remercie de l'invitation à vous rencontrer aujourd'hui. Cela me donne l'occasion de présenter certains travaux que le Projet de recherche sur les politiques, en collaboration avec plusieurs ministères fédéraux, a effectués sur le vieillissement de la population et les problèmes du marché du travail.

Dans mon exposé, je présenterai les points saillants et il me fera plaisir de prendre part à la discussion qui suivra.

[English]

There are four basic points to make. The first is that demographics are important but may be exaggerated if they are viewed in isolation. The big drivers from policy perspective come from the combinations of demographic trends with social and economic behaviour.

The second is that Canada is comparatively well positioned to deal with population aging. Nonetheless, the total supply of labour, relative to the total size of the population, will soon begin a period of decline, and this will create pressures on the economy and on government fiscal management. There will be challenges. How great the challenges are will depend on our overall policy response, on the social and economic response of the population, and on productivity and cyclical factors in the economy. There will also be opportunities, not only to improve the effectiveness of social policy and labour market policy, but also the economy in general as certain incentives improve, for example, including people marginalized in the population now.

The third point is that the impacts of aging will differ from province to province and undoubtedly within provinces as well.

The fourth point is that a wide range of policy options influence the outcomes. Obviously not all of these are federal and not all of them are government. There are many private-sector institutions whose activities will influence the outcomes of population aging.

The Policy Research Initiative, PRI, has been working not only with a range of federal departments but also with Statistics Canada in the development and use of a special program called LifePaths. We have derived data from that and will present it to you in the PowerPoint presentation. Geoff Rowe will be appearing later on and he will explain more about the technical aspects of LifePaths, I am sure, but I want to present some of the results we have.

The first point is that the fertility rate rose dramatically after the Second World War. Canada had the largest per capita baby boom in the Western world and probably had the most precipitous fall-off rates after that.

When you look at our old-age dependency ratios in international comparison, we are in a middle range of Western countries. If we look closely at those graphs, we will see that Canada currently is slightly younger in its population than either the U.K. or the U.S., but by the year 2025, our old-age dependency ratio will be slightly higher. We will have a period of fairly rapid aging during that time frame.

[Traduction]

Il y a essentiellement quatre points que je tiens à mentionner. Le premier est que la démographie a son importance mais que celle-ci peut être exagérée si on la considère isolément. Du point de vue de la politique, les grands facteurs dynamiques découlent de combinaisons de tendances démographiques et de comportements sociaux et économiques.

Le deuxième est que le Canada est en relativement bonne posture pour faire face au vieillissement de la population. Néanmoins, l'offre totale de main-d'œuvre par rapport à la taille totale de la population entamera bientôt une période de recul, ce qui exercera des pressions sur l'économie et la gestion fiscale par le gouvernement. Il y aura des défis à relever. Leur importance dépendra de notre réaction d'ensemble sur le plan des politiques, de la réaction sociale et économique de la population et de la productivité et des facteurs cycliques dans l'économie. Il se présentera également des possibilités porteuses, non seulement d'améliorer l'efficacité des politiques sociales et du marché du travail, mais également d'améliorer l'économie à mesure que s'amélioreront les incitatifs, par exemple en incluant ceux et celles qui sont présentement marginalisés au sein de la population.

Le troisième point est que les effets du vieillissement varieront d'une province à l'autre et nul doute à l'intérieur de chaque province.

Le quatrième élément est qu'une vaste gamme d'options politiques peuvent influencer sur les issues. Ces options ne sont bien sûr pas toutes fédérales ni même gouvernementales. Il existe de nombreuses institutions du secteur privé dont les activités influenceront sur les conséquences du vieillissement de la population.

Le Projet de recherche en politique, ou PRP, œuvre non seulement avec toute une gamme de ministères fédéraux mais également avec Statistique Canada à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme appelé LifePaths. Nous en avons tiré des données que nous vous exposerons dans la présentation PowerPoint. Geoff Rowe va prendre la parole un peu plus tard et il vous expliquera, j'en suis sûr, les aspects techniques de LifePaths, mais je tenais à vous livrer certains des résultats que nous avons pu compiler.

Le premier élément est que le taux de fécondité a augmenté de façon marquée après la Seconde Guerre mondiale. C'est le Canada qui a connu le plus important baby-boom par tête d'habitant du monde occidental et qui a sans doute enregistré par la suite le taux de fléchissement le plus précipité.

Lorsque vous regardez nos ratios de dépendance des personnes âgées par rapport à d'autres pays, nous nous situons dans la fourchette moyenne des pays occidentaux. Si vous regardez ces graphiques de plus près, vous y verrez que le Canada a aujourd'hui une population légèrement plus jeune que le Royaume-Uni et les États-Unis, mais qu'à compter de 2025, notre ratio de dépendance des personnes âgées sera légèrement supérieur. Nous connaissons une période de vieillissement relativement rapide pendant cet intervalle.

There is a lot of discussion about old-age dependency ratios and total dependency ratios. Some of you may object to using terms such as dependency when we think about the role of seniors in society and I would agree with you. I do not think it is a very good term. Nonetheless, it is a standard term that is used by demographers.

We feel that dependency ratios can be rather misleading in isolation. We developed, with Statistics Canada and other departments, a better measure of the capability of the economy to sustain the population. We took the total number of hours provided of work in the economy in each and every year since 1971 and divided that by the total number of people in the population. Then using LifePaths, we projected that into the future.

That data shows that for the past 30 years or so, the amount of work per capita in the population has been increasing. It went from about 740 hours per year to nearly 1,000 hours per year per capita of the population. That trend will reverse itself over the next two to five years, roughly, and that number will start to drop off again in the future.

However, if we compare the reduction in the future, our reduction based on our hours per capita projection and the dependency ratios, we will see a substantial difference. What we are projecting does not drop off nearly as quickly as do the dependency ratios, and the reason is that we get effectively more work out of the working age population than we used to. The two main reasons are increased participation of women in the labour market and increased levels of education. More highly educated people work substantially more hours in their lifetime. We get more labour out of the current working population and we will continue to do so.

The ratio of hours of work to the population varies considerably across the country. The impact of aging will also vary from province to province. As we look ahead, the Atlantic provinces and Quebec will have a greater relative impact of aging. The reduction of hours of work — of labour supply, if you like — will be more marked in those provinces. The projection also shows a similar large drop in the territories, but I wish to qualify that: because the population of the territories is so small, that very small changes could make large differences in the projection. We have a limited level of confidence in the projections for those small areas.

In general, we can predict that economic growth will clearly be constrained by a decline in relative labour supply, resulting in increases in income security and health costs. These increases will be partially offset by decreased pressure on children's programs or other programs of government, but there will still be increases. We will have wealthier seniors in the future who will pay more

L'on parle beaucoup de ratios de dépendance des personnes âgées et de ratios de dépendance totaux. Certains d'entre vous n'apprécient sans doute pas beaucoup que l'on emploie des termes comme dépendance lorsqu'on parle du rôle des aînés dans notre société, et je serais d'accord avec vous là-dessus. Je ne pense pas que ce soit un très bon terme. Il s'agit néanmoins d'un terme standard qui est utilisé par les démographes.

Nous estimons que les ratios de dépendance peuvent être trompeurs si on les examine isolément du reste. Nous avons, avec Statistique Canada et d'autres ministères, mis au point une meilleure mesure de la capacité de l'économie de soutenir la population. Nous avons pris le nombre total d'heures de travail dans l'économie chaque année depuis 1971 et l'avons divisé par le chiffre total de la population. Puis, en utilisant LifePaths, nous avons fait des projections dans le futur.

Les données montrent que, depuis 30 ans environ, les heures de travail per capita vont en augmentant. Elles sont passées d'environ 740 heures par an à près de 1 000 heures par an per capita. Cette tendance se renversera au cours des deux à cinq prochaines années environ, et ce nombre devrait diminuer par la suite.

Cependant, si nous comparons la réduction à l'avenir, la réduction correspondant à nos projections en matière d'heures per capita et de ratios de dépendance, nous voyons une différence marquée. Ce que nous projetons est loin de reculer aussi rapidement que les ratios de dépendance, et la raison en est que nous pouvons tirer davantage de travail des personnes d'âge productif que ce n'était le cas autrefois. Les deux principales raisons à cela sont la participation accrue des femmes au marché du travail et des niveaux d'instruction supérieurs. Les personnes plus instruites travaillent sensiblement plus d'heures pendant leur vie. L'on obtient davantage d'heures de travail de la population active actuelle, et cette tendance se maintiendra.

Les heures de travail annuelles per capita varient sensiblement d'un bout à l'autre du pays. L'incidence du vieillissement variera elle aussi d'une province à l'autre. À l'avenir, les provinces de l'Atlantique et le Québec subiront une plus grande incidence relative du fait du vieillissement de leur population. La réduction des heures de travail — de l'offre de main-d'œuvre, si vous voulez — sera plus marquée dans ces provinces. Nos projections annoncent également une baisse marquée dans les territoires, mais il importe que j'apporte ici quelques précisions : la population des territoires étant très petite, de très petits changements pourraient amener d'importantes différences dans les projections. Notre niveau de confiance à l'égard de ces projections est limité pour ce qui est des régions à faible population.

De façon générale, nous pouvons prédire que la croissance économique sera clairement limitée par un déclin de l'offre relative de travail, ce qui résultera en des augmentations du côté de la sécurité du revenu et des coûts de soins de santé. Ces augmentations seront en partie contrecarrées par une pression réduite du côté des programmes pour enfants et d'autres

taxes, and that will have a beneficial effect on the fiscal burden. They may also and probably will demand more services in the future.

There should be higher returns to human capital in future. We should see some upward pressure on wages and increased outsourcing of employment. There could possibly be increases in income inequality in the future related to aging, for two reasons. First, as more and more families become two-earner families, we notice a phenomenon that John Myles has labelled educational marital homogeny, which means more highly educated people marry more highly educated people, and that can influence the degree of inequality. Second, there is the issue of intergenerational transfers in the future, particularly when the baby boom generation is passing its wealth and assets onto subsequent generations.

One thing that we can do and should be doing right away is encouraging older workers to stay in the labour market in order to keep the supply of labour up for as long as possible. There are other things we can do as well. We can ensure that secondary school completion rates are increased. That would have a positive effect. We can reduce unemployment, which would have a positive effect, and we can encourage overall increases in participation rate and work intensity or overall hours of work that people provide to the economy. All of these measures will have a positive effect on the capacity of the economy to sustain the population.

We do know from Statistics Canada surveys that older workers in general would prefer to keep working. Many of those who have retired would have kept working if they had had more flexibility, either in work hours, in working part time, or in some cases if their health had been better. Indeed, there is some desire out there among the older workers to stay longer working in the economy and there are a wide range of policy measures that we could be considering to encourage older workers to continue to work.

The last slide in the presentation provides a diagram of some of the influences on retirement decisions. You can see that not only government programs, whether they are income security programs for seniors or whether they are pension programs or regulation of private pensions or activities of employers, there are a wide range of influences on the retirement decisions of individuals and consequently a wide range of areas of potential intervention of public policy.

I will stop there and be happy to take part in discussions.

programmes du gouvernement, mais il y aura néanmoins des augmentations. Nous aurons à l'avenir des personnes âgées plus fortunées qui paieront davantage d'impôts, et cela aura des effets bénéfiques sur le fardeau fiscal. Ces personnes âgées pourraient également, et c'est probablement ce qui va se passer, exiger davantage de services à l'avenir.

Il devrait y avoir à l'avenir de plus grands rendements sur le capital humain. Nous devrions constater une pression à la hausse sur les salaires et une externalisation accrue. L'on pourrait constater une augmentation des inégalités de revenu liées au vieillissement, et ce pour deux raisons. Premièrement, au fur et à mesure de la multiplication des familles à deux revenus, l'on constatera un phénomène que John Myles a appelé l'homogénéité éducative conjugale, ce qui signifie que les personnes plus instruites épouseront d'autres personnes plus instruites, ce qui peut influencer sur le degré d'inégalité. Deuxièmement, il y a la question des transferts intergénérationnels futurs, surtout lorsque la génération du baby-boom transmettra sa richesse et ses avoirs aux générations subséquentes.

Une chose que nous pouvons et devrions faire tout de suite serait d'encourager les travailleurs plus âgés à rester à l'intérieur du marché du travail afin de maintenir l'offre de travailleurs pendant aussi longtemps que possible. Il y a d'autres choses que nous pourrions également faire. Nous pourrions veiller à ce que plus de gens terminent leurs études secondaires. Cela aurait un effet positif. Nous pourrions réduire le chômage, ce qui aurait une incidence positive, et nous pourrions favoriser un accroissement d'ensemble du taux de participation et de l'intensité du travail ou des heures totales que contribuent les gens à l'économie. Toutes ces mesures auraient une incidence positive sur la capacité de l'économie de soutenir la population.

Des sondages effectués par Statistique Canada ont montré que, de façon générale, les travailleurs âgés préféreraient continuer de travailler. Nombre de retraités auraient continué de travailler s'ils avaient pu bénéficier d'arrangements plus souples, soit pour les horaires de travail soit en travaillant à temps partiel, ou si leur santé avait été meilleure. En effet, beaucoup de travailleurs âgés souhaitent travailler plus longtemps dans l'économie et il y a une vaste gamme de mesures que nous pourrions envisager pour encourager les travailleurs plus âgés à continuer de faire du travail rémunéré.

La dernière transparence présente un diagramme indiquant certains des éléments qui influent sur les décisions en matière de retraite. Vous pouvez y voir qu'interviennent non seulement les programmes gouvernementaux, qu'il s'agisse de programmes de sécurité du revenu pour les personnes âgées, de régimes de pension ou de réglementation de pensions privées ou d'activités d'employeurs, mais également toute une gamme d'autres éléments qui influent sur les décisions des gens en matière de retraite, et il y a donc tout un éventail d'interventions possibles en matière de politique publique.

Je vais m'arrêter là et me ferai un plaisir de participer aux discussions.

The Chairman: Thank you very much. Mr. Marshall, when you were talking about benefits to veterans, you said that all veterans should be eligible, but only 40 per cent are. Why is that?

Mr. Marshall: Those veterans are receiving benefits.

Senator Murray: You said that there are 122,000 war service veterans who did not have eligibility to the Veterans Affairs current suite of health care programs. The same question that Senator Carstairs just asked occurred to me.

Mr. Marshall: When the Gerontological Advisory Council was first established, all of the academics on the council were totally dumbfounded when we were shown the table of eligibility. That is the issue. There is a poverty criterion, the means test, but the major criterion is being able to tie a current health issue to something that happened to you during your war service. It is a complex process. Some veterans in certain classes are able to get certain kind of benefits and others can get more benefits.

There is an intensive screening program for eligibility, which discourages people from applying and keeps some people out. However, some people just cannot qualify because they cannot link a current health condition to something that happened back in 1944.

The Chairman: You would suggest that they should automatically be eligible because they are veterans, that there should not be any eligibility based on, for example, "I have bad hearing because I was on the line of bombs and they destroyed my hearing."

Mr. Marshall: That is correct. We do not mean that anyone who ever did war service will get something, because it should be based on need; however, if they have the need, we believe they should get it.

We think it is not feasible, in many cases, to link a hearing problem back to war service. We have data in our *Keeping the Promise* report about musculoskeletal problems, which are elevated among veterans, but to link something that might not really surface as a problem until you are in your 60s or 70s back to something that happened when you were marching around Italy in 1944 is very difficult to do it. Nevertheless, there is a probable linkage there.

In terms of operational stress injuries such as post-traumatic stress disorder, PTSD, there is increasing evidence from international studies of the late appearance of these injuries. The Australian study, which we cite in the report, is a very thorough research project based on Australian Korean War veterans, who literally served side by side with Canadian veterans in Korea. This late-onset information is found throughout the

La présidente : Merci beaucoup. Monsieur Marshall, lorsque vous avez parlé des prestations pour anciens combattants, vous avez dit que tous les anciens combattants devraient être admissibles, mais que seuls 40 p. 100 d'entre eux le sont. Comment cela se fait-il?

M. Marshall : Ces anciens combattants touchent des prestations.

Le sénateur Murray : Vous avez dit qu'il y a 122 000 anciens combattants qui ne sont pas admissibles à l'actuelle panoplie de programmes de soins de santé d'Anciens Combattants Canada. La question que vient tout juste de poser le sénateur Carstairs m'est venue à l'esprit.

M. Marshall : Lorsque le Conseil consultatif de gérontologie a pour la première fois été établi, tous les universitaires au conseil n'en sont pas revenus lorsqu'on nous a montré la table d'admissibilité. Voilà quel est le problème. Il y a le critère de la pauvreté, le critère du seuil de revenu, mais le principal critère est le fait de pouvoir lier un problème de santé actuel à un incident survenu lors de votre service de guerre. Il s'agit d'un processus complexe. Certains anciens combattants dans certaines catégories peuvent obtenir certains avantages, et d'autres peuvent bénéficier de plus encore.

Il existe un programme intensif de vérification de l'admissibilité qui décourage les gens de faire une demande et en exclut certains. Cependant, certaines personnes ne sont tout simplement pas admissibles parce qu'elles ne peuvent pas lier un problème de santé d'aujourd'hui à quelque chose qui leur serait arrivé en 1944.

La présidente : Vous proposeriez qu'ils soient automatiquement admissibles du fait d'être anciens combattants, que l'admissibilité ne devrait aucunement être déterminée pour des raisons du genre : « J'entends mal parce que j'étais sur la ligne de tir et les bombes ont détruit mon ouïe ».

M. Marshall : C'est exact. Nous ne prétendons pas que quiconque a servi en temps de guerre devrait obtenir quelque chose, car ce devrait être fondé sur le besoin; cependant, si le besoin est là, nous pensons que la personne devrait être admissible.

Dans bien des cas, il n'est selon nous pas très facile de lier un problème d'ouïe au service de guerre. Nous avons, dans notre rapport intitulé *Parole d'honneur*, des données au sujet de problèmes musculosquelettiques, dont l'incidence est très forte chez les anciens combattants, mais il est très difficile de faire le lien entre une chose qui ne se manifeste comme problème que lorsque vous êtes dans la soixantaine, ou plus, et quelque chose qui vous est arrivé lorsque vous arpentiez l'Italie en 1944. Or, ce lien existe en toute probabilité.

Pour ce qui est des blessures ou des stress opérationnels comme par exemple le syndrome de stress post-traumatique, ou SSPT, de plus en plus d'études internationales confirment l'apparition tardive de ces blessures. L'étude australienne, que nous citons dans le rapport, est le fruit d'un projet de recherche très approfondi sur les vétérans australiens de la guerre de Corée, qui ont littéralement servi aux côtés des soldats canadiens en

PTSD literature. People will come back and have problems adjusting. They will adjust, but then 30 or 40 years later problems resurface again.

The Chairman: Did you do any cost benefit analysis? What would be the cost associated with expanding the availability of the benefits on a needs basis to every veteran?

Mr. Marshall: We did not do that. In the council, we consider it beyond our mandate. We give advice. We were actually told to give our advice about what would work the best, what would be the best way to organize services, without consideration of cost constraints. The costs are the department's problem.

While we did not do that cost benefit analysis, we are very confident, based on the general literature in health and health services, that a number of our recommendations will save money. A health promotions strategy will save money. It will save money because you increase the years living in good health and delay the onset of health problems. We know that most of the medical expenses incurred by the elderly are in the six months prior to death. That internationally famous landmark research was done by a member of the council, Evelyn Shapiro. It is her research, together with Noralou Roos.

We believe that a single point of entry and a more coordinated system with the cross referrals that we recommend will save a lot of money. You spend so much money just administering the system with these incredible screening conditions and a lack of integration. We have not costed it out, but we do believe that when the department costs it out, it will prove to be a savings.

The Chairman: Mr. Hunsley, I am particularly interested in your last slide — the retirement influences on older workers. You mention early retirement incentives in the Canada Pension Plan. Do you think that should be changed? Do you think we should be suggesting that people should not be eligible to take early retirement at age 60 or that there should be greater penalties involved in that? What is the Policy Research Initiative's thought on that aspect?

Mr. Hunsley: When we look at programs like the Canada Pension Plan and the Old Age Security and so on, we should make a distinction between when and how people get the benefit and whether or not they retire. Many people who access the CPP nowadays — and there has been a tremendous increase in the number who access the CPP at age 60 — are not retiring. They are accessing the CPP at that age because there is a financial incentive for them to do that.

Corée. La documentation sur le SSPT regorge de renseignements sur l'apparition tardive de ce syndrome. Les gens reviennent et éprouvent de la difficulté à s'adapter. Ils s'adaptent, mais les problèmes resurgissent 30 ou 40 ans plus tard.

La présidente : Avez-vous fait quelque analyse coûts-avantages? Quel serait le coût lié à l'élargissement de la disponibilité des prestations pour englober tous les anciens combattants, en fonction du besoin?

M. Marshall : Nous n'avons pas fait de telle analyse. Au conseil, nous considérons que cela déborde de notre mandat. Nous donnons des conseils. On nous a en fait demandé d'offrir nos conseils sur ce qui fonctionnerait le mieux, sur la meilleure façon d'organiser les services, sans tenir compte des coûts. Les coûts sont le problème du ministère.

Bien que nous n'ayons pas fait d'analyse coûts-avantages, nous sommes très confiants en avançant, sur la base de toute la littérature portant sur la santé et les services de soins de santé, que nombre de nos recommandations permettraient de faire des économies. Une stratégie de promotion de la santé permettrait de faire des économies. Cela économiserait de l'argent car vous augmentez le nombre d'années de vie en bonne santé et retardez l'arrivée des problèmes de santé. Nous savons que la plupart des frais médicaux encourus par les personnes âgées interviennent dans les derniers six mois avant la mort. Ce travail de recherche de pionnier, de renommée mondiale, a été fait par un membre du conseil, Evelyn Shapiro. C'était son travail de recherche, aux côtés de Noralou Roos.

Nous pensons qu'un point d'entrée unique et un système plus coordonné, avec les références croisées que nous recommandons, économiseront beaucoup d'argent. Vous dépensez tellement d'argent rien que pour administrer le système, avec ces incroyables conditions d'admissibilité et tout le manque d'intégration. Nous n'avons pas calculé les coûts, mais nous pensons que lorsque le ministère fera ce travail, il en ressortira qu'il y aura des économies.

La présidente : Monsieur Hunsley, je suis particulièrement intéressée par votre dernière transparence : les influences sur la retraite pour les travailleurs âgés. Vous parlez d'incitatifs à la retraite précoce dans le Régime de pensions du Canada. Pensez-vous que cela devrait être changé? Pensez-vous que nous devrions recommander que les gens ne puissent pas être admissibles à une retraite anticipée dès l'âge de 60 ans ou que devraient alors intervenir de plus grosses pénalités? Que pensent les gens du Projet de recherche en politique à ce sujet?

M. Hunsley : Lorsque nous regardons des programmes comme le Régime de pensions du Canada et la Sécurité de la vieillesse, et cetera, nous devrions faire une distinction entre quand et comment les gens touchent la prestation et s'ils prennent ou non leur retraite. À l'heure actuelle, un grand nombre de ceux qui touchent des prestations du RPC — et il y a eu une augmentation énorme du nombre de personnes qui touchent leur pension au titre du RPC à l'âge de 60 ans — ne prennent pas leur retraite. Ils touchent le RPC à cet âge-là du fait de l'incitatif financier qu'il y a à le faire.

In the report we did on this, we indicated that there are a couple of things that could be considered as a way to provide a more equal balance without necessarily changing the age. Actuarially, there is an incentive to take the CPP early. If we were to increase the incentive to delay the CPP — for example, instead of its being 6 per cent per year to delay it after the age of 65, if it were 8 per cent per year — that would probably be a little fairer as a balance and should be able to be offered without a net increase in liability on the part of the CPP by people who delay their decisions.

Similarly, people who are at the age of 60 now, if they draw their CPP, also stop contributing to it. That may seem obvious, but it might be worth taking a look at. On the one hand, that is a fairly substantial incentive there because if you were contributing a couple thousand dollars a year toward the CPP, from age 60 to age 65, you have a fairly substantial incentive to take your CPP early.

As well, when someone takes their CPP early and stops contributing, their employer also stops contributing to the CPP. It would be useful to look at the possibility that maybe people could continue to draw their CPP on the same flexible basis, but allow them to continue contributing to it — maybe drawing it, but continue to build up their credits. If you are drawing your CPP at the age of 60, chances are you have not maximized your benefits. Why not continue to contribute even though you are drawing down, and allow your employer to continue to contribute as well?

We suggest those changes are worth looking at, to consider whether that kind of change might induce more labour force participation just by giving people more flexibility in what they do.

The Chairman: What about the age of 70? You can defer until the age of 70, but my understanding is that the actuarial evidence between age 65 and age 70 does not benefit the person who waits until he collects at age 70.

Mr. Hunsley: Yes, I agree with you. It seems better to draw early. Why not increase the incentive to delay?

As well, I think it is now at the age of 71 when people have to start withdrawing their RRSPs. We may need some flexibility in those areas as well.

The Chairman: The age when you have to start taking money out of your RRSPs has been lowered to 69. I know that because I have a 73-year-old in the family.

Senator Keon: Mr. Marshall, I want to take you back to some of the people who have had difficulty in coverage, like the merchant marines, who had a hero in Senator Marshall in the

Dans le rapport que nous avons rédigé là-dessus, nous indiquons qu'il y a quelques mesures qui pourraient être envisagées en vue d'assurer un meilleur équilibre, sans forcément changer l'âge. Sur le plan actuariel, il y a un incitatif à toucher plus tôt le RPC. Si nous augmentions l'incitatif à retarder le versement au titre du RPC — par exemple, si au lieu que ce soit 6 p. 100 par an pour en reporter le versement au-delà de l'âge de 65 ans, c'était 8 p. 100 par an —, alors ce serait sans doute un petit peu plus juste et plus équilibré, et cela devrait pouvoir être offert sans amener une augmentation nette du passif du RPC du fait de ceux qui retardent leurs prestations.

Par ailleurs, les gens qui ont 60 ans à l'heure actuelle et qui décident de toucher leur pension au titre du RPC arrêtent en même temps d'y cotiser. Cela paraît évident, mais mériterait peut-être un examen plus attentif. D'un côté, il y a là un incitatif considérable, car si vous avez chaque année, de l'âge 60 ans à l'âge de 65 ans, versé environ 2 000 \$ au RPC, vous êtes assez fortement incité à toucher plus tôt votre retraite en vertu du RPC.

D'autre part, lorsqu'une personne prend une retraite précoce au titre du RPC et arrête d'y cotiser, son employeur lui aussi arrête d'y cotiser. Il serait utile d'examiner la possibilité que les gens continuent de toucher leurs prestations de RPC sur la même base flexible, mais en pouvant continuer d'y cotiser — la possibilité de toucher la retraite, mais de continuer d'augmenter ses crédits. Si vous touchez vos prestations de RPC à l'âge de 60 ans, il y a de fortes chances que vous ne maximisiez pas vos prestations. Pourquoi ne pas continuer de cotiser même si vous touchez en même temps, et permettre également à votre employeur de continuer d'y cotiser?

Nous estimons que ces changements valent la peine d'être examinés et qu'il y aurait lieu de voir si ce genre de changement n'amènerait pas une plus forte participation à la main-d'œuvre du simple fait d'offrir aux gens davantage de souplesse dans leurs choix.

La présidente : Qu'en est-il de l'âge de 70 ans? Vous pouvez retarder cela jusqu'à l'âge de 70 ans, mais d'après ce que je crois comprendre, selon les études actuarielles portant sur la tranche d'âge comprise entre 65 et 70 ans, il n'y a aucun avantage pour la personne qui attend l'âge de 70 ans pour toucher.

M. Hunsley : Oui, je suis d'accord avec vous. Il semble qu'il soit préférable de tirer plus tôt sa pension. Pourquoi ne pas augmenter l'incitatif pour ceux qui attendent?

D'autre part, je pense que c'est aujourd'hui à l'âge de 71 ans que les gens commencent à tirer de l'argent de leur REER. Il faudra peut-être une certaine souplesse de ce côté-là également.

La présidente : L'âge à partir duquel vous devez commencer à retirer de l'argent de vos REER a été ramené à 69 ans. Je le sais, car j'ai dans ma famille quelqu'un qui a 73 ans.

Le sénateur Keon : Monsieur Marshall, j'aimerais revenir sur certaines des personnes qui ont eu de la difficulté à obtenir une couverture, comme par exemple les membres de la marine

Senate. He kept pleading their case for a number of years. Are they now fully in, or are they still having problems?

Mr. Marshall: They are in. Because of the complexities, I cannot keep up with the table of eligibility; but the merchant marines are in for at least some benefits. I think they are in for the same benefits as those who did overseas service.

Senator Keon: I understand.

Mr. Marshall: Someone from Veterans Affairs Canada is here today and could probably answer that question.

Senator Keon: You also talked about the social determinants of health. I find it interesting that we can keep people from climbing that exponential curve prematurely.

Mr. Marshall: That is correct.

Senator Keon: We can flatten it out and, as you said, get them up to unfortunately six months before they die when the big expenses occur in the system. Your area likely knows more about this than does any other area. What kind of success are you having? Have you been able to flatten the curve?

Mr. Marshall: First, there is the compression of mortality phenomenon, in that more people are living longer, and then it drops off more and more. It is called the compression of morbidity debate. As mortality becomes more like a straight edge with everyone living and dropping off the end, is morbidity also being pushed further along? The answer is yes.

Does that have to do with health promotion initiatives? Increasingly, there is evidence that it does.

In the report, we draw on work from the Healthy Aging Research Network, which is an American network. The University of North Carolina is one of eight universities in the U.S. that participate in this network. We review the evidence-based practice, particularly around issues such as nutrition and physical activity. I do not mean exercise, necessarily, but rather physical activity such as a half-hour walk three times per week, as recommended by the U.S. Surgeon General to significantly reduce cardiovascular risk. There is pretty good evidence that that kind of regular activity also reduces many other risks.

There is increasing evidence, although it is still a work in progress, that more specific health promotion intervention programs, such as fairly low-intensity programs delivered through seniors centres, maintain people's health longer. For example, mall-walking programs are certainly low cost and easy

marchande, qui avaient comme héros au Sénat le sénateur Marshall. Il a continué de plaider en leur faveur pendant nombre d'années. Sont-ils maintenant pleinement intégrés, ou bien continuent-ils d'avoir des problèmes?

M. Marshall : Ils sont intégrés. Étant donné les complexités de la chose, je ne parviens pas à me tenir à jour pour ce qui est de la table d'admissibilité; mais les membres de la marine marchande sont couverts, au moins en ce qui concerne certaines prestations. Je pense qu'ils ont droit aux mêmes prestations que ceux qui ont servi de l'autre côté de l'Atlantique.

Le sénateur Keon : Je comprends.

M. Marshall : Il y a ici aujourd'hui quelqu'un d'Anciens Combattants Canada qui pourrait sans doute répondre à cette question.

Le sénateur Keon : Vous avez parlé également des déterminants sociaux de la santé. Je trouve intéressant que nous puissions empêcher que des gens n'entament prématurément cette courbe exponentielle.

M. Marshall : C'est bien le cas.

Le sénateur Keon : Nous pouvons, comme vous l'avez dit, l'aplanir, jusqu'aux six derniers mois, malheureusement, avant leur décès, au cours desquels interviennent dans le système les plus grosses dépenses. Vous autres, dans ce secteur, connaissez sans doute mieux cela que n'importe qui. Quel genre de taux de réussite affichez-vous? Avez-vous réussi à aplanir la courbe?

M. Marshall : Premièrement, il y a le phénomène de la compression de la mortalité, en ce sens que les gens vivent plus longtemps, puis le fléchissement est plus abrupt. Cela s'appelle la compression de la morbidité. Au fur et à mesure que la mortalité ressemble de plus en plus à un plateau dont chacun tombe à la fin de sa vie, la morbidité est-elle elle aussi en train de suivre cette tendance? La réponse est oui.

Cela a-t-il à voir avec les initiatives en matière de promotion de la santé? Il y a de plus en plus de preuves que c'est bien le cas.

Dans le rapport, nous puisons dans le travail du Healthy Aging Research Network, qui est un réseau américain. L'University of North Carolina est l'une de huit universités américaines qui participent à ce réseau. Nous passons en revue la pratique fondée sur l'expérience clinique, surtout relativement à des questions comme la nutrition et l'activité physique. Je n'entends pas forcément par là de l'exercice, mais plutôt de l'activité physique, comme par exemple des marches d'une demi-heure, trois fois par semaine, tel que recommandé par le U.S. Surgeon General, ce qui réduit sensiblement le risque cardiovasculaire. Il existe d'assez bonnes preuves que ce genre d'activité régulière réduit également de nombreux autres risques.

Il existe des preuves croissantes, bien que ce soit toujours un travail en cours, que des programmes ciblés d'intervention pour la promotion de la santé, comme par exemple des programmes à assez faible intensité livrés par des centres pour personnes âgées, aident les gens à rester plus longtemps en santé. Par exemple, les

to organize at a community level and are found to maintain people's health longer.

Much progress is being made. Of course, smoking cessation is another obvious candidate.

Senator Keon: Have you any relevant, up-to-date data that you could provide to the committee?

Mr. Marshall: Yes, I have some and I could send a report to the committee that summarizes this information.

Senator Keon: Thank you. Mr. Hunsley, one of the major problems for employers is the old "freedom 55" slogan, which suits everyone. The higher-priced employee has the pleasure of early retirement and the employer can hire two people for the price of that one retiring employee. Are there any incentives to escape that or will this continue for some time?

Mr. Hunsley: There are incentives in the system for people to leave when they have accumulated enough private pension credits. As well, there are disincentives in the system to move against that. For example, the Income Tax Act would not allow you to continue to contribute to a private pension plan while you were drawing the plan down. When someone who is working becomes eligible to draw pension amounts, they have to quit working in order to do so.

As long as those disincentives stay in place, there will be a continuing tendency for those people who have pension credits to leave their jobs in their late 50s. Many of those people are coming back into the labour force with different employers. It is unfortunate that they have to leave their employer but, to some extent, a kind of equilibrium phenomenon is taking place because the employer might be losing a highly paid employee while replacing them with someone who is more lowly paid. The retired person might be able to find part time work, such as consulting, with other employers.

We are recommending that we make this process of flexibility easier by removing some of the existing disincentives. They can be in the form of legislation affecting private pension plans or some of the ways in which the benefits are calculated. For example, many private pension plans calculate the benefits based on the best five years of the employee's salary. The best five years are usually the last five years and the next year is usually a little bit better than last year. You have an incentive to build up your credit as much as possible. However, if a person starts to work part-time, his salary goes down, creating an incentive to get out rather than to continue working part-time.

These are examples of what tend to be small measures, in a sense. The devil is in the details, but in looking at those details we can find many areas where we could be increasing the flexibility that both employers and individuals have in making decisions to

programmes de marche dans les centres commerciaux coûtent très peu et sont faciles à organiser au niveau communautaire, et l'on constate qu'ils aident les gens à rester plus longtemps en santé.

Quantité de progrès sont en train d'être faits. Bien sûr, la cessation de l'usage du tabac est un autre candidat évident.

Le sénateur Keon : Disposez-vous de données pertinentes à jour que vous pourriez fournir au comité?

M. Marshall : Oui, j'en ai, et je pourrais envoyer au comité un rapport résumant ces renseignements.

Le sénateur Keon : Merci. Monsieur Hunsley, l'un des grands problèmes pour les employeurs est le vieux slogan « Liberté 55 », qui convient à tout le monde. L'employé bien rémunéré a le plaisir d'une retraite précoce et l'employeur peut embaucher deux personnes pour le prix de l'employé qui part à la retraite. Existe-t-il des incitatifs pour échapper à cela, ou bien cela continuera-t-il pendant quelque temps encore?

M. Hunsley : Il y a, dans le système, des incitatifs qui poussent les gens à partir dès qu'ils ont accumulé suffisamment de crédits de pension privée. Il y a par ailleurs à l'intérieur du système des désincitatifs, pour contrer cela. Par exemple, la Loi de l'impôt sur le revenu ne vous permet pas de continuer de cotiser à un régime de pension privé tout en touchant votre pension. Lorsqu'une personne qui travaille devient admissible à des prestations de pension, il lui faut, pour pouvoir les toucher, quitter son emploi.

Tant et aussi longtemps que ces incitatifs demeureront en place, les gens qui ont des crédits de pension continueront d'avoir tendance à quitter leur emploi vers la fin de la cinquantaine. Un grand nombre de ces personnes réintègrent le marché du travail avec un employeur différent. Il est malheureux qu'elles aient eu à quitter leur employeur, mais dans une certaine mesure, il s'installe un genre d'équilibre, car l'employeur perd peut-être un employé à salaire élevé, mais il le remplacera avec quelqu'un qui touchera un salaire bien moindre. Le retraité, lui, pourra peut-être se trouver du travail à temps partiel, par exemple en tant qu'expert-conseil, auprès d'autres employeurs.

Nous recommandons qu'il soit fait en sorte que le processus soit rendu plus souple en supprimant certains des incitatifs existants. Ceux-ci peuvent être le fait de lois touchant les régimes de pension privés ou de la façon dont sont calculées les prestations. Par exemple, dans le cas de nombreux régimes de pension privés, les prestations sont établies à partir des cinq meilleures années de rémunération de l'employé. Les cinq meilleures années sont en règle générale les cinq dernières années, et l'année suivante est toujours légèrement meilleure que la précédente. Vous êtes incité à accumuler un maximum de crédits. Cependant, si une personne commence à travailler à temps partiel, son salaire diminue, ce qui l'incite à quitter son emploi plutôt qu'à continuer de travailler à temps partiel.

Voilà des exemples de petites mesures, en un sens. Tout est dans le détail, mais c'est en regardant ces détails que l'on pourra peut-être trouver des moyens d'augmenter la flexibilité dont pourraient jouir tant les employeurs que les employés dans leurs

work, to retire, to combine work and retirement and different kinds of activities at that stage of their lives.

Senator Keon: My next question might seem unfair because perhaps I should ask it of immigration people rather than you. We are all ringing our hands about what we are going to do with the baby boomers. It seems that one of the solutions lies in an immigration boom. I am not suggesting that we simply bring large numbers of people into the country. Rather, I am suggesting a very carefully planned immigration boom to fill in the blanks. Indeed, it would be somewhat similar to what we had after the Second World War when many highly intelligent people emigrated to Canada, benefiting our economy a great deal. Today, the emphasis is on humanitarianism, which is wonderful, and we have an obligation to do that. However, from an economic point of view and planning for the aging of baby boomers, we should have a plan that ties our immigration to what we are losing the baby boomers aging and retiring.

Mr. Hunsley: We took a look at immigration trends. You are right that immigration is important in general for growth in the economy and in the population. However, if we were to continue with the current profile of immigration, we would not make a significant change in the age structure of the population because that profile is not much different from the general profile of Canadians. To achieve what you are suggesting would require a significant change in the immigration policy, specifically targeting a much younger population.

Mr. Marshall: I agree, but compared to American immigration policies, Canadian immigration policies have actually put Canada in an advantaged position because our immigration policy puts a premium on recruiting or receiving skilled immigrants, much more so than does U.S. policy. Your idea is interesting, Senator Keon. Several months ago I attended a conference in Mexico City of a North American economic advisory council set up by NAFTA as an inter-governmental think-tank. This conference dealt with issues like those but even more complex in terms of the different demographics of the three countries. The example that was prominently made at the conference was that the United States has many old people and they need health care workers, while Mexico has a surplus of young nurses who need jobs. Could we not make NAFTA-like arrangements around immigration, not necessarily permanent arrangements, to allow for freer flows of labour around these demographic imbalances to allow for supply and demand for different kinds of workers? Some policy thought is being given to that.

décisions de travailler, de prendre leur retraite, de combiner travail et retraite et diverses activités, selon l'étape où ils sont dans leur vie.

Le sénateur Keon : Ma question suivante va peut-être paraître injuste, car il me faudrait peut-être la poser à des gens qui s'occupent d'immigration plutôt qu'à vous. Nous avons tous des sueurs froides quant à savoir ce que nous allons faire avec les gens de la génération du baby-boom. Il semblerait que l'une des solutions réside dans le boom de l'immigration. Je ne suis pas en train de dire qu'il nous suffirait de faire venir au pays des gens en grand nombre. Je recommanderais plutôt un boom d'immigration soigneusement planifié pour combler les trous. En effet, cela ressemblerait jusqu'à un certain point à ce que nous avons eu après la Seconde Guerre mondiale, lorsqu'un grand nombre de personnes très intelligentes ont immigré au Canada, ce qui a beaucoup bénéficié à notre économie. Aujourd'hui, l'accent est mis sur l'humanitarisme, ce qui est merveilleux, et nous avons une obligation en la matière. Cependant, d'un point de vue économique et de planification autour du vieillissement des baby-boomers, nous devrions avoir un plan qui lie l'immigration aux carences amenées par le vieillissement et le départ à la retraite des gens du baby-boom.

M. Hunsley : Nous nous sommes penchés sur les tendances en matière d'immigration. Vous avez raison de dire que l'immigration est importante, de façon générale, pour la croissance de l'économie et de la population. Cependant, si nous devons maintenir en place l'actuel profil de l'immigration, cela ne viendrait pas changer grand-chose à la pyramide des âges au Canada, car ce profil n'est pas très différent du profil général des Canadiens. La réalisation de ce que vous proposez exigerait des changements d'envergure à la politique de l'immigration, qui devrait alors notamment viser une population beaucoup plus jeune.

M. Marshall : Je suis d'accord, mais comparativement aux politiques américaines en matière d'immigration, les politiques canadiennes d'immigration ont en vérité favorisé le Canada, notre politique d'immigration insistant beaucoup plus que son pendant américain sur le recrutement ou l'accueil d'immigrants qualifiés. Votre idée est intéressante, sénateur Keon. Il y a de cela plusieurs mois, j'ai assisté, à Mexico, à une conférence d'un conseil consultatif économique nord-américain établi par l'ALENA comme groupe de réflexion intergouvernemental. Cette conférence a porté sur des questions comme celles-là, mais rendues encore plus complexes par les démographies différentes des trois pays. L'exemple qui a été maintes fois cité à la conférence était que les États-Unis comptent beaucoup de personnes âgées et qu'ils ont besoin de travailleurs en soins de santé, alors que le Mexique compte un surplus de jeunes infirmières qui ont besoin d'emploi. Ne pourrions-nous pas négocier des arrangements de type ALENA autour de l'immigration, mais pas forcément des arrangements permanents, de façon à permettre un plus libre mouvement de travailleurs en vue de corriger ces déséquilibres démographiques grâce à un jeu d'offre et de demande dans différentes catégories d'emplois? Certains responsables d'orientation politique sont en train de se pencher sur la question.

[Translation]

Senator Chaput: My first question is for Mr. Marshall. There are insurance programs within the Department of Veteran Affairs. You offer assistance to veterans in order to cover the cost of prosthetic devices, of prescription drugs, of dental care, et cetera. Are these programs now available to veterans' spouses, because six or seven years ago, they were not entitled? Have there been changes in this regard, and what changes would you recommend as far as this insurer role is concerned?

[English]

Mr. Marshall: We have recommended those changes. Changes have been implemented in the Veterans Independence Program component, not in the treatment component.

[Translation]

Senator Chaput: Would the spouse have access to this assistance, in the same way as the veteran himself, if she for example wished to purchase glasses?

[English]

Mr. Marshall: I am not sure about glasses; groundskeeping, yes. I am not sure of these details as they are so complex. Certainly, it used to be that if the veteran had such Veterans Independence Program services as groundskeeping and the veteran died, the spouse would get the benefits for one year and then be cut off. That has now changed. The spouse will get the benefits on a continuous basis as long as they are needed. That is progress.

[Translation]

Senator Chaput: The report that you have provided does therefore not deal in any detailed way with the insurer role, if I understand correctly?

[English]

Mr. Marshall: That is correct. We did not go into all those details. We just noted the complexity of it and the unequal treatment of different classes of veterans, based on this table of eligibilities.

[Translation]

Senator Chaput: I am certain that you would agree with me that if the wife of a veteran with limited financial means had access to these small reimbursements, in the same way that her spouse would be entitled to them, that would reduce their burden.

[Français]

Le sénateur Chaput : Ma première question s'adresse à M. Marshall. Vous avez au sein du ministère des Anciens combattants des programmes d'assurance. Vous offrez de l'aide aux anciens combattants pour défrayer le coût de prothèses, de médicaments sur ordonnance, de soins dentaires et autres. Ces programmes sont-ils maintenant disponibles pour leur conjointe, car il y a six ou sept ans passés, elles n'y avaient pas droit? Y a-t-il eu des changements à ce sujet, et lesquels recommandez-vous pour ce rôle d'assureur?

[Traduction]

M. Marshall : Nous avons recommandé ces changements. Des changements ont été apportés à la composante Programme pour l'autonomie des anciens combattants, mais non pas au volet traitements.

[Français]

Le sénateur Chaput : Est-ce que la conjointe aurait accès à de l'aide, tout comme l'ancien combattant lui-même, si elle voulait par exemple s'acheter des lunettes?

[Traduction]

M. Marshall : Je ne sais pas trop si cela vaudrait pour les lunettes; entretien de terrain, oui. Je ne suis pas au courant des détails, ceux-ci étant si complexes. Ce qui est certain est qu'autrefois, si l'ancien combattant avait droit, au titre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, à des services d'entretien de propriété et qu'il mourait, alors sa conjointe avait droit à ces services pendant un an, après quoi ceux-ci s'arrêtaient. Cela a changé depuis. La conjointe aurait droit à ces avantages de façon permanente, tant et aussi longtemps qu'elle en a besoin. On a fait du progrès.

[Français]

Le sénateur Chaput : Le rapport que vous nous avez remis n'a donc pas traité le rôle de l'assureur en détails, si je comprends bien?

[Traduction]

M. Marshall : C'est exact. Nous n'avons pas abordé tous ces détails. Nous avons tout simplement souligné la complexité de la chose et le traitement inégal accordé aux différentes catégories d'anciens combattants, sur la base de ce tableau de critères d'admissibilité.

[Français]

Le sénateur Chaput : Je suis certaine que vous serez d'accord avec moi que si la conjointe d'un ancien combattant peu favorisé financièrement avait accès à ces petits remboursements, tout comme lui, cela allégerait leur fardeau.

[English]

Mr. Marshall: Everyone on the council feels that way. The typical veteran is a male, although some are women. A woman might have spent, since 1945, 60 years caring for a disabled veteran. This person has done a wonderful service not only to her husband, the veteran, but also to the people of Canada. We feel in justice that those benefits should continue. We place the veteran in a family context. The family should be the unit of analysis rather than just the one person who was actually in uniform.

The people on the Canadian Forces Advisory Council take the same view as well.

[Translation]

Senator Chaput: My next question is for Mr. Hunsley. You stated that a lot of retirees wish to work. Are these the less well-off retirees or is there no difference between them, depending on how rich they are?

[English]

Mr. Hunsley: There are some differences. There are some general profiles that would differ depending on what level of income the person had previously and the pension benefits and so on that they had. People who indicate that they would have continued to work had there been the possibility to work part-time or in more flexible work arrangements are very likely people who have reasonably substantive pension benefits who would like to continue to work part-time but if they do, they are penalized by their pension program.

People who have been working at a lower income level may be able, for example, at age 60 to take their CPP and find another job and continue working, but if they have been working for a low income the chances are they are not, at that age, looking to go to part-time work and decrease their income even more. Lower-income workers, when they reach the age of 65, stop working because the combination of the Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement effectively do put a wall there for them. In fact, over a quarter of lower-income workers when they reach age 65 have a net increase in their income. Their pension income is better than their income was all the time they were working. Thus, the profiles of the kinds of choices that people wish to make differ.

Senator Murray: Mr. Marshall, do you happen to know how we stack up internationally in terms of veterans' benefits, health programs for veterans and so forth?

Mr. Marshall: We stack up quite well internationally. There is a lot of liaison going on. There is a meeting at a high level that brings together the U.K., Australia, the United States and Canada to discuss how best to handle benefits. There are different experiences for the U.S., especially with the Vietnam situation. Their veterans' services are different and the U.S. still has a much

[Traduction]

M. Marshall : C'est l'avis de tous les membres du conseil. L'ancien combattant type est un homme, bien qu'il y ait un certain nombre de femmes. Il se peut qu'une femme ait consacré, depuis 1945, 60 ans à s'occuper d'un ancien combattant invalide. Elle aura rendu un service merveilleux non seulement à son époux, l'ancien combattant, mais également au peuple canadien. Nous pensons que dans l'intérêt de la justice ces avantages devraient être maintenus. Il nous faut inscrire l'ancien combattant dans son contexte familial. L'unité aux fins d'analyse devrait être la famille plutôt que simplement la personne qui portait l'uniforme.

Les membres du Conseil consultatif des Forces canadiennes sont du même avis.

[Français]

Le sénateur Chaput : Ma prochaine question s'adresse à M. Hunsley. Vous dites que beaucoup de retraités veulent travailler. S'agit-il de retraités moins fortunés ou n'y a-t-il pas de différences entre ceux qui sont plus ou moins fortunés?

[Traduction]

M. Hunsley : Il existe certaines différences. Il y a certains profils généraux qui varieraient selon le niveau de revenu qu'avait la personne auparavant, ainsi que ses prestations de pension et ainsi de suite. Les personnes qui disent qu'elles auraient continué de travailler si elles avaient eu des possibilités de travail à temps partiel ou d'arrangements de travail plus souples sont vraisemblablement des personnes qui ont droit à des prestations de pension conséquentes et qui, si elles continuaient de travailler à temps partiel, seraient pénalisées par leur régime de pension.

Les personnes qui ont travaillé pour un revenu moindre pourraient peut-être, à l'âge de 60 ans, toucher leurs prestations au titre du RPC et se trouver un autre emploi et continuer de travailler, mais si elles travaillent pour un faible revenu, étant donné leur âge, elles ne vont vraisemblablement pas vouloir travailler à temps partiel et voir leur revenu diminuer encore davantage. Les travailleurs à faible revenu, lorsqu'ils atteignent l'âge de 65 ans, arrêtent de travailler, car la combinaison Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti dresse en définitive pour eux un mur. De fait, plus du quart des travailleurs à faible revenu voient leur revenu net augmenter dès l'âge de 65 ans. Leur revenu au titre de leur pension est supérieur à ce qu'a été leur revenu pendant qu'ils travaillaient. C'est ainsi que les profils correspondant aux choix que font les gens varient.

Le sénateur Murray : Monsieur Marshall, auriez-vous une idée de la façon dont nous nous comparons à d'autres pays pour ce qui est des prestations aux anciens combattants, des programmes de soins de santé à leur intention, et ainsi de suite?

M. Marshall : Nous nous comparons plutôt bien aux autres pays. Il se fait beaucoup de travail de liaison. Il se tient une réunion de niveau élevé qui réunit des représentants du Royaume-Uni, d'Australie, des États-Unis et du Canada pour discuter des meilleures solutions en matière de prestations. L'expérience américaine est différente, du fait de la guerre du Vietnam. Les

more elaborate basic hospital system, with big VA hospitals and so forth and a much stronger research base underlying what they do.

It is hard to compare, because the countries are so different, but in general I think we do well in that context.

Senator Murray: There were a number of veterans of the Canadian Forces in World War II whose only mistake was to have fallen in love with a British girl, married her and stayed in that country. Those veterans were able to demonstrate that the benefits they were receiving through a reciprocal agreement that we have with the British were considerably inferior to those that they would be receiving had they instead fallen in love with a Canadian girl back home. Are you familiar with that issue?

Mr. Marshall: In a general sense, I am. I have only sat in on one of those comparative meetings, but I had the distinct sense that the British approach has been, as much as possible, to contain the benefits that they offer, whereas the approach of Australia and Canada, at least, has been to start from what is needed rather than from a containment approach.

Senator Murray: These Canadians who stayed in the United Kingdom were making representations to the effect that they ought to get Canadian benefits. I gather there was some reciprocal arrangement. British veterans who were here were receiving Canadian benefits, and Canadian veterans there were receiving British benefits. The Canadians in the U.K. were making strong representations to the effect that they ought to receive the same benefits that other Canadians were receiving.

Mr. Hunsley: is the Policy Research Initiative still an offshoot of Privy Council?

Mr. Hunsley: The Policy Research Initiative was moved administratively by the new clerk from the Privy Council to be housed at Human Resources and Social Development Canada.

Senator Murray: Why is that?

Mr. Hunsley: At the same time, however, we were given a new reporting relationship, and we now report to a committee of deputy ministers who represent a range of departmental issues.

Senator Murray: When you say that there is an opportunity for significant gains if older workers were to be employed longer, I say in parentheses that we will not be able to say a few years from now that we did not see this coming. Therefore we, you and your friends in the public service are, as we speak, planning for this.

services américains pour anciens combattants sont différents, et les États-Unis continuent d'avoir un système hospitalier de base beaucoup plus élaboré, avec de grands hôpitaux pour anciens combattants et ainsi de suite, et une bien plus forte base de recherche à l'appui de ce qu'ils font.

Il est difficile de faire des comparaisons, les pays étant si différents, mais je pense que nous nous comparons plutôt bien, de façon générale, dans ce contexte.

Le sénateur Murray : Il y a nombre d'anciens combattants des Forces canadiennes dans la Seconde Guerre mondiale dont la seule erreur a été de tomber amoureux d'une jeune femme britannique, de l'avoir épousée et d'être resté là-bas. Ces anciens combattants ont pu fournir la preuve que les prestations qu'ils recevaient en vertu d'un accord de réciprocité qu'a le Canada avec la Grande-Bretagne étaient sensiblement inférieures à celles dont ils auraient bénéficié s'ils étaient tombés amoureux d'une jeune femme canadienne, chez eux. Êtes-vous au courant de cela?

M. Marshall : Oui, de façon générale. Je n'ai assisté qu'à une seule réunion où ces comparaisons ont été faites, mais j'ai eu la très nette impression que l'approche britannique a été de contenir, dans toute la mesure du possible, les avantages offerts, alors que l'approche de l'Australie et du Canada, à tout le moins, a été de commencer à partir de ce qui était nécessaire plutôt que d'une approche de limitation.

Le sénateur Murray : Ces Canadiens qui sont restés au Royaume-Uni prétendaient qu'ils devraient recevoir les prestations canadiennes. D'après ce que je sais, il y avait un arrangement de réciprocité. Les anciens combattants britanniques se trouvant ici touchaient des prestations canadiennes tandis que les anciens combattants canadiens là-bas touchaient les prestations britanniques. Les Canadiens au Royaume-Uni défendaient vivement la position qu'ils devraient selon eux bénéficier des mêmes avantages que les autres canadiens.

Monsieur Hunsley, le Projet de recherche en politique est-il toujours rattaché au Conseil privé?

M. Hunsley : Le Projet de recherche en politique a été déplacé administrativement par le nouveau greffier du Conseil privé et est aujourd'hui logé à Ressources humaines et Développement social Canada.

Le sénateur Murray : Et pourquoi en est-il ainsi?

M. Hunsley : En même temps, cependant, on nous a donné une nouvelle relation hiérarchique, et nous rendons maintenant compte à un comité de sous-ministres représentant tout un éventail de préoccupations.

Le sénateur Murray : Lorsque vous dites que d'importants gains seraient réalisés si les travailleurs plus âgés restaient plus longtemps dans la population active, je dirais, entre parenthèses, que nous ne pourrions pas dire, dans quelques années, que nous n'avions pas vu cela venir. En conséquence nous, vous et vos amis dans la fonction publique sommes en ce moment même en temps de planifier cela.

I presume that you and others are developing options for the consideration of the policy-makers as to how to employ older workers longer in both the public service and the private sector. Are you?

Mr. Hunsley: It is fair to say yes in a general sense. The role of the Policy Research Initiative is to be involved with issues at the front end, when we are doing the initial research on issues and the implications and policy possibilities. When that work is done, in essence, we hand it over to the line departments who are responsible for looking more in depth at policy issues and coming up with policy recommendations. I believe that kind of work is being done within the departments involved. Indeed, the work that we did implicated several departments, not just human resources, but also the Finance Canada, the Canada Revenue Agency, Health Canada and Citizenship and Immigration Canada.

Senator Murray: How could this committee get a handle on the range of policy possibilities that are before the government? We are not seeking to know confidential advice that is given by various public servants or departments to ministers — we do not need that — but if we could look at the range of possibilities in these various departments, perhaps we could offer a view on them ourselves.

Mr. Hunsley: The report that we did on this issue is available and does identify a range of policy issues. That would be a starting point. It does identify possible measures that could be looked at, such as the example the chairman raised earlier having to do with the regulations affecting the Canada Pension Plan. It identifies issues related to the Old Age Security program and to the Income Tax Act.

Senator Murray: Are these options?

Mr. Hunsley: Yes, these are options. Then it would be appropriate to call on the various ministries that have the responsibility for those policy areas to determine what they are doing and what work is under way.

Senator Murray: I think I asked something along these lines earlier in our meetings. One of the documents before us points out that the average World War II veteran is now 82 years of age and that the average Korean War veteran is 72 years of age.

Mr. Marshall: We wrote that about a year ago.

Senator Murray: Fair enough. Are those members of the Canadian Forces who took part in peacekeeping operations considered veterans?

Mr. Marshall: Yes, they are considered veterans. There is a distinction, which was hard for me to fathom, as it is for a number of people if they are not involved. A notion has been adopted that a veteran is a veteran. However, there is a distinction

Je présume que vous-même et d'autres êtes en train d'élaborer des options à soumettre aux décideurs quant à la façon d'employer plus longtemps les travailleurs âgés, tant dans la fonction publique que dans le secteur privé. Est-ce bien le cas?

M. Hunsley : Il serait juste de dire que oui, de façon générale. La fonction du Projet de recherche en politique est d'intervenir dans les dossiers au point de départ, à l'étape de la recherche initiale sur les questions, les ramifications et les possibilités sur le plan politique. Une fois ce travail terminé, nous le confions en un sens aux ministères d'exécution, qui sont responsables d'examiner les questions de politique en profondeur et d'élaborer des recommandations de politique. Je pense que ce genre de travail est en train de se faire au sein des ministères concernés. En fait, le travail que nous avons effectué a fait intervenir plusieurs ministères, pas seulement celui des Ressources humaines, mais également Finances Canada, l'Agence du revenu du Canada, Santé Canada et Citoyenneté et Immigration Canada.

Le sénateur Murray : Que suggèreriez-vous que le comité fasse pour cerner tout l'éventail de possibilités de politiques qui s'offrent au gouvernement? Nous ne cherchons pas à connaître les conseils confidentiels qui sont fournis par différents fonctionnaires ou ministères aux ministres — nous n'avons pas besoin de cela —, mais si nous pouvions nous pencher sur l'éventail des possibilités auxquelles songent ces différents ministères, alors nous pourrions peut-être nous prononcer nous-mêmes sur elles.

M. Hunsley : Le rapport que nous avons produit sur cette question est disponible et il couvre en effet une gamme de politiques stratégiques. Ce serait un point de départ. Nous y énumérons des mesures qui pourraient être envisagées, notamment l'exemple que la présidente a soulevé tout à l'heure relativement aux règlements ayant une incidence sur le Régime de pensions du Canada. Nous y évoquons des questions liées au programme de Sécurité de la vieillesse et à la Loi de l'impôt sur le revenu.

Le sénateur Murray : S'agit-il là d'options?

M. Hunsley : Oui, ce sont des options. Il serait ensuite opportun de faire appel aux différents ministères qui sont responsables de ces politiques, pour déterminer ce qu'ils font et le travail qui est en cours.

Le sénateur Murray : Je pense avoir posé une question du même genre lors d'une séance antérieure. L'un des documents que nous avons devant nous indique que l'âge moyen de l'ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale est de 82 ans et que l'âge moyen de l'ancien combattant de la guerre de Corée est de 72 ans.

M. Marshall : Nous avons rédigé cela il y a environ un an.

Le sénateur Murray : Bien. Les membres des Forces canadiennes ayant participé à des opérations de maintien de la paix sont-ils considérés comme d'anciens combattants?

M. Marshall : Oui, ils sont considérés comme étant des anciens combattants. Il y a une distinction, qu'il m'était difficile de comprendre, comme c'est le cas de beaucoup de gens qui ne sont pas directement intéressés. Il a été adopté une notion voulant

made between the Canadian Forces veterans and the traditional veterans. The New Veterans Charter that came out in 2006 contained reforms aimed at providing better services for the Canadian Forces veterans. They are not the traditional veterans. The traditional veterans are the three World War I veterans — I do not know whether there are still three alive or two by now — the World War II veterans and the Korea veterans.

Senator Murray: I do not see any reference in any of these documents to traditional versus non-traditional veterans.

Mr. Marshall: The Gerontological Advisory Council has a mandate to advise Veterans Affairs Canada on the services it provides for these three groups of traditional veterans.

Senator Murray: We will be out of business with those people, ultimately.

Mr. Marshall: Ultimately, you will. The youngest of them, of course, is the Korean War group.

Senator Murray: The first of the peacekeeping operations were members of the Canadian Armed Forces, albeit under United Nations command. The first of them was 1956, the Sinai, and since then we have had the Golan Heights, the Congo, other parts of Africa and the Balkans. Are these veterans?

Mr. Marshall: Yes, they are.

Senator Murray: Those fellows who were out in Sinai in 1956 are not much younger than those who fought in Korea.

Mr. Marshall: I am so glad you asked this question. The Gerontological Advisory Council is constrained. It would be beyond our mandate to give the broader advice. Frankly, the average age of the Canadian Forces veteran clients — that is the peacekeepers, the peace enforcers who were in Bosnia and Somalia — is 47 years now. These are not kids. As you say, they are aging.

Senator Murray: The population is growing.

Mr. Marshall: It is a growing population.

Senator Murray: People in Afghanistan today will be veterans when they get out, one assumes.

Mr. Marshall: That is right. In fashioning our recommendations, we are constrained to say what we think is good for the veterans about whom we are supposed to be giving advice — the World War I, World War II and Korean veterans. Yet we are very much aware that if you get a good

qu'un ancien combattant soit un ancien combattant. Une distinction est cependant faite entre les anciens combattants des Forces canadiennes et les anciens combattants traditionnels. La Nouvelle Charte des anciens combattants, qui est sortie en 2006, renfermait des réformes visant à offrir de meilleurs services aux anciens combattants des Forces canadiennes. Ceux-ci ne sont pas des anciens combattants au sens traditionnel du terme. Les anciens combattants dits traditionnels sont les trois vétérans de la Première Guerre mondiale — j'ignore si trois d'entre eux sont toujours en vie ou s'il n'y en a aujourd'hui plus que deux —, les vétérans de la Seconde Guerre mondiale et les vétérans de la guerre de Corée.

Le sénateur Murray : Je ne vois aucunement mention dans ces documents d'une distinction entre vétérans traditionnels et vétérans non traditionnels.

M. Marshall : Le Conseil consultatif de gérontologie a pour mandat de conseiller Anciens Combattants Canada quant aux services qu'il offre à ces trois groupes de vétérans dits traditionnels.

Le sénateur Murray : Nous aurons, un jour, perdu cette clientèle.

M. Marshall : Oui, un jour. Les plus jeunes parmi eux sont bien sûr ceux qui ont fait la guerre de Corée.

Le sénateur Murray : Les premiers participants aux opérations de maintien de la paix étaient membres des Forces armées canadiennes, même s'ils étaient sous le commandement des Nations Unies. La première mission a eu lieu en 1956, au Sinaï, et, depuis, il y a eu les missions au plateau du Golan, au Congo et ailleurs en Afrique et dans les Balkans. Les soldats qui y ont participé sont-ils des anciens combattants?

M. Marshall : Oui, ils le sont.

Le sénateur Murray : Ces gars qui sont allés au Sinaï en 1956 ne sont pas beaucoup plus jeunes que ceux qui ont combattu en Corée.

M. Marshall : Je suis ravi que vous posiez cette question. Le Conseil consultatif de gérontologie est limité. Notre mandat ne nous autorise pas à offrir des conseils plus larges. Bien franchement, l'âge moyen des vétérans clients des Forces canadiennes — c'est-à-dire les gardiens de la paix, les membres des forces de maintien de la paix envoyés en Bosnie et en Somalie — est aujourd'hui de 47 ans. Ce ne sont pas des gamins. Comme vous dites, ils vieillissent.

Le sénateur Murray : C'est une population en croissance.

M. Marshall : C'est une population croissante.

Le sénateur Murray : L'on doit supposer que les soldats qui sont aujourd'hui en Afghanistan seront des anciens combattants lorsqu'ils reviendront.

M. Marshall : C'est exact. Dans le cadre de l'élaboration de nos recommandations, nous sommes limités à dire ce qui serait selon nous bon pour les anciens combattants au sujet desquels nous sommes censés donner des conseils, soit les anciens combattants de la Première Guerre mondiale, de la Seconde

system in place now that deals with aging veterans, it will be in place for the Canadian Forces veterans as well. They are not that young. We make a strong suggestion about that at the end of the paper.

Senator Murray: In principle, tell me there is no difference in the benefits that are available to the different groups of veterans.

Mr. Marshall: In principle, there ought not to be; but in practice, there is. A Canadian Forces veteran cannot get the Veterans Independence Program, for example.

Senator Murray: Which veterans cannot get the VIP?

Mr. Marshall: A peacekeeper or peace enforcer is not eligible for the Veterans Independence Program. It is bizarre. I believe that officials in Veterans Affairs Canada recognize that we need a program that will serve them.

Senator Murray: The pressure will be on the government as these fellows — they are mostly fellows — get to the age where they would otherwise be eligible for those programs.

Mr. Marshall: Absolutely. I know that members of the council, certainly I can speak for myself, would be very happy if there were programs in place for them, because they are not young.

Senator Murray: There is a lot to be said for more coherence in the program.

Mr. Marshall: Absolutely.

The Chairman: Mr. Hunsley, I would like to bring you back to the topic of flexibility in terms of working hours. Personally, I think that is the greatest incentive to those over 60 or over 65 years of age. As far as pension plans are concerned, we could make a recommendation that it would be their best five years or best seven years, depending on which statistic is used, of their full-time employment, and any part-time employment would therefore not count as an eligibility factor.

However, it seems to me that there is also the issue that both public and private employers do not necessarily like part-time employees. It is a disincentive; they need more space, and it is more people they have to keep track of.

What do we have to do to change the attitude around flexibility in the number of hours a person works?

Mr. Hunsley: Let me respond to two points that you made. The first had to do with the calculation of pension benefits. The Quebec Pension Plan has been looking at and may even have adopted — if not, there is a proposal to adopt — a change in the calculation of benefits. Rather than take the best five or some other number of years of full-time employment, they will take

Guerre mondiale et de la guerre de Corée. Or, nous savons très bien que si l'on mettait en place aujourd'hui un bon système qui s'occuperait des vétérans vieillissants, alors il serait également en place pour les vétérans des Forces canadiennes. Ils ne sont pas si jeunes que cela. Nous formulons une suggestion solide là-dessus à la fin du rapport.

Le sénateur Murray : Dites-moi, qu'il n'y a, en principe, aucune différence dans les avantages qui sont à la disposition des différents groupes de vétérans.

M. Marshall : En principe, il ne devrait pas y en avoir; mais il y en a, dans la pratique. Un ancien combattant des Forces canadiennes n'a par exemple pas droit au Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

Le sénateur Murray : Quels anciens combattants n'ont pas droit au PAAC?

M. Marshall : Les Casques bleus et les soldats d'imposition de la paix ne sont pas admissibles au Programme pour l'autonomie des anciens combattants. C'est étrange. Je pense que les responsables à Anciens Combattants Canada reconnaissent qu'il nous faut un programme qui les couvre.

Le sénateur Murray : Des pressions viendront s'exercer sur le gouvernement au fur et à mesure que ces gars — ce sont surtout des hommes — atteignent l'âge auquel ils auraient normalement droit à ces programmes.

M. Marshall : Absolument. Je sais que les membres du conseil, moi-même compris, serions très heureux s'il y avait en place des programmes pour eux, car ils ne sont pas jeunes.

Le sénateur Murray : Il y aurait beaucoup à dire en faveur d'un programme plus cohérent.

M. Marshall : Absolument.

La présidente : Monsieur Hunsley, j'aimerais vous ramener à la question des arrangements de travail souples. Personnellement, je trouve que c'est là le plus puissant incitatif dans le cas des personnes âgées de plus de 60 ou 65 ans. Pour ce qui est des régimes de pension, nous pourrions recommander que ceux-ci soient établis sur la base des cinq ou sept meilleures années, selon la statistique qui est utilisée, de travail à temps plein, et, ainsi, tout travail à temps partiel ne serait pas comptabilisé aux fins de l'établissement de l'admissibilité.

Il me semble cependant qu'il intervient également un autre élément : les employeurs tant publics que privés n'aiment pas forcément les employés à temps partiel. C'est un désincitatif; il leur faut disposer de plus de place et il y a alors un plus grand nombre de personnes à encadrer.

Que nous faut-il faire pour changer les attitudes en matière de souplesse quant au nombre d'heures de travail que font les gens?

M. Hunsley : Permettez que je réagisse à deux points que vous avez soulevés. Le premier concernait le calcul des prestations de pension. Les responsables du Régime de rentes du Québec envisageaient, et cela a peut-être même été adopté — mais il y a en tout cas au moins une proposition en ce sens —, un changement dans le calcul des prestations. Au lieu de prendre

lifetime earnings, contributions over the lifetime, and use that as the base to calculate the pension benefits. That seems to make a lot more sense than arbitrary definitions of time span.

The other point is that many employers have not been particularly open to part-time workers. That is true. Obviously, though, a large number of employers are very open to part-time workers, and a significant proportion of the labour force works in various kinds of part-time or non-traditional ways.

Employers will probably become much more sensitive to this issue as they begin to encounter labour shortages. These issues are being discussed now among industry associations, among some of the sector councils that the federal government sponsors in various industrial sectors. They are being discussed at the level of the association, but they are not yet on the radar screen of the individual company or firm because companies tend to be more short-term-oriented in their planning. As long as they can work with the group that they have or the method that they have, in many cases they will.

There will be changes, I believe. The market will certainly encourage employers to change in that regard.

More education programs that promote the idea of planning for an aging workforce will, I think, help employers a great deal. I should say that planning for an aging workforce is not just planning for those workers in the last few years before they retire, but it is realizing that the whole population of employees will be older at all stages. We delayed our period of youth. We extended our period of youth. People are not entering the labour market in substantial career ways now until around their late 20s or in some cases their early 30s. People are beginning their working careers later, and they will be ending them later as well. It means that the whole structure of the working population is changing, and not just the oldest of the workers. Employers do need to become much more sensitive to that.

The Chairman: Are there disincentives with respect to payroll taxes for employers who have to have two part-time workers? For example, I am thinking of the payments that an employer would have to make to EI and to CPP because they are hiring two people to do what one person did. Can something be done to change that?

Mr. Hunsley: Over recent years, some of those breaking points have been changed, particularly in the EI program, where you still have to work a certain number of hours in order to accumulate benefits for EI. I do not think there are great savings for employers on such programs as EI or CPP, nor are there extra costs, to have one full-time versus two part-time

les cinq meilleures années ou autres d'emploi à temps plein, ils prendront les gains sur toute la vie, les cotisations sur toute la vie et utiliseront cela comme base pour calculer les prestations de pension. Cela paraît beaucoup plus logique que d'utiliser des définitions arbitraires de durées temporelles.

L'autre point est que de nombreux employeurs n'ont pas été particulièrement ouverts au travail à temps partiel. Cela est vrai. Mais il n'en demeure pas moins qu'un grand nombre d'employeurs sont très ouverts au travail à temps partiel, et qu'une part importante de la population active est occupée dans le cadre d'emplois à temps partiel ou non traditionnels.

Les employeurs deviendront vraisemblablement de plus en plus sensibles à cette question au fur et à mesure qu'ils se trouveront confrontés à des pénuries de main-d'œuvre. Ces questions sont en train d'être examinées par des associations industrielles, par certains des conseils sectoriels que parraine le gouvernement fédéral dans différentes industries. L'on en discute au niveau des associations, mais ces questions ne sont pas encore sur l'écran radar des différentes sociétés ou entreprises, car celles-ci ont tendance à planifier davantage dans le court terme. Tant et aussi longtemps qu'elles parviennent à fonctionner avec le groupe qu'elles ont ou la méthode qu'elles emploient, alors dans bien des cas c'est ce qu'elles continueront tout simplement de faire.

Il y aura, je pense, des changements. Le marché encouragera certainement les employeurs à changer à cet égard.

Une multiplication des programmes d'éducation qui font la promotion de l'idée de la planification en prévision d'une main-d'œuvre vieillissante aiderait, je pense, énormément les employeurs. Il me faudrait préciser que planifier en prévision d'une main-d'œuvre vieillissante ne se limite pas à planifier pour ces travailleurs dans les dernières années précédant leur départ à la retraite, mais doit intégrer la réalisation que la population totale d'employés sera plus âgée à tous les stades. Nous avons retardé notre période de jeunesse. Nous avons prolongé notre période de jeunesse. Les gens ne se lancent de nos jours pas véritablement dans leur carrière avant la fin de la vingtaine ou de la trentaine. Les gens se lancent plus tard dans leur carrière professionnelle, et ils la termineront plus tard également. Cela signifie que toute la structure de la population active est en train de changer, et pas juste pour les plus âgés parmi elle. Il importe que les employeurs s'y sensibilisent davantage.

La présidente : Y a-t-il pour les employeurs des désincitatifs, sur le plan charges sociales, à embaucher deux employés à temps partiel? Par exemple, je songe aux cotisations que devrait faire un employeur à l'AE et au RPC du fait d'embaucher deux personnes pour faire ce que faisait auparavant une seule personne. Serait-il possible de faire quelque chose pour changer cela?

M. Hunsley : Ces dernières années, certains des seuils ont été modifiés, tout particulièrement pour le programme d'AE, dans le cadre duquel il vous faut toujours travailler un certain nombre d'heures pour pouvoir accumuler des droits à l'AE. Je ne pense pas que le fait d'avoir un employé à temps plein par opposition à deux employés à temps partiel occasionne pour les employeurs de

positions. I would think that where there is a discrepancy, that should be made equal. It should be that there is not a disincentive based on the number of hours in a week that someone works.

There are limits. The EI program has certain limits and things they have to guard against in relation to expenditures out of their program. I think that employers can work with more part-time people and not necessarily experience an increase in inefficiency or an increase in costs.

Mr. Marshall: This is my main area of research, I cannot resist telling you. There are a couple of other points in support of this. Much of this is a retention issue. It is getting people to remain in the labour force longer. The action is mostly between the ages of 60 and 65 years, and getting those people to stay longer instead of retiring earlier.

If you are doing costing of this, one point is recruitment. If you lose employees, recruitment is an expensive proposition now, especially of higher-level employees.

A second point has to do with what is called lost knowledge. There is a wonderful book by David DeLong on the business school hit parade right now called *Lost Knowledge*. The concern in this book is that with the baby boomers aging out of the labour force, we are losing a lot of knowledge. Many things are not written down but are in people's heads. This is tacit knowledge. The book is full of disaster stories of companies that downsized their workforce, got rid of all the older workers and then lost their institutional memory. The book is all about trying to keep at least some employees around as a strategy.

We did research years ago with Nova Corporation, when I was still at the University of Toronto. Nova has changed totally now, but at the time it was an integrated company of gas pipeline utility and petrochemical manufacturing. They were in a big downsizing operation and we did the study there. They were very clever and forward-looking in their human resources approaches. They had a lot of contract employees; they had contracted out services. They were doing what many companies are doing now. However, they also defined about a quarter of their workforce as core. What they were doing was essential for the core mission of Nova Corporation. These were employees on the old model — employees for life. There would be a little more continuing education than would otherwise be the case, but they kept their core employees.

grosses économies au titre de programmes tels l'AE ou le RPC, ni des coûts supplémentaires. J'aurais tendance à dire qu'en cas d'écart, il faudrait faire en sorte de l'éliminer. Il ne devrait pas y avoir de désincitatif en fonction du total hebdomadaire d'heures de travail que fait une personne.

Il y a des limites. Le programme d'AE comporte certaines limites et certains mécanismes pour contrer les abus et contenir les dépenses au titre du programme. Je pense que les employeurs pourraient faire appel à davantage d'employés à temps partiel sans pour autant être exposés à un manque d'efficacité ou à des coûts accrus.

M. Marshall : Il s'agit là de mon principal domaine de recherche — je ne parviens pas à résister à la tentation de vous le dire. Il y a un ou deux autres éléments à l'appui de cela. Il s'agit très largement d'une question de rétention. L'idée est d'obtenir que les gens continuent pendant plus longtemps de faire du travail rémunéré. L'action doit surtout viser les personnes âgées de 60 à 65 ans, et obtenir que ces personnes travaillent plus longtemps au lieu de partir plus tôt à la retraite.

Si vous voulez déterminer le coût de cela, alors un aspect est le recrutement. Si vous perdez des employés, le recrutement est aujourd'hui une entreprise coûteuse, dans le cas tout particulier des employés de rang supérieur.

Un autre aspect est celui de ce que l'on appelle le savoir perdu. Il y a en ce moment au hit parade des écoles d'affaires un merveilleux livre de David DeLong intitulé *Lost Knowledge*. Ce livre traite du fait qu'avec le vieillissement et le départ à la retraite des baby-boomers, nous perdons beaucoup de savoir. Beaucoup de choses n'ont pas été couchées sur papier et n'existent que dans la tête des gens. C'est ainsi que l'on parle de savoir tacite. Le livre regorge d'histoires d'horreur d'entreprises qui ont réduit leur personnel, qui se sont débarrassées de tous les travailleurs âgés et qui ont de ce fait perdu leur mémoire institutionnelle. Le livre tourne autour du thème du maintien d'au moins un certain nombre d'employés, comme stratégie.

Il y a de cela des années, nous avons fait de la recherche avec la Nova Corporation, lorsque je travaillais encore à l'Université de Toronto. Nova a complètement changé depuis, mais à l'époque, c'était une entreprise intégrée de gazoduc et de fabrication de produits pétrochimiques. Elle avait à l'époque entrepris une vaste opération de dégraissage des effectifs, et c'est là-bas que nous avons fait notre étude. L'entreprise a été très astucieuse et très prévoyante dans ses approches en matière de ressources humaines. Elle avait beaucoup d'employés contractuels; elle avait sous-traité certains services. Elle faisait ce que font aujourd'hui de nombreuses entreprises. Cependant, elle a également identifié le quart de son effectif comme étant des travailleurs essentiels. Ce que faisaient ces employés était essentiel dans le cadre de la mission première de la Nova Corporation. Il s'agissait d'employés modèle ancien — d'employés à vie. L'entreprise leur a offert un petit peu plus d'éducation permanente que cela n'aurait normalement été le cas, mais elle a pu conserver ce noyau d'employés.

There is a danger of losing this institutionalized knowledge and having a real crisis occur. That is another argument for flexible workplace policies, such as phased retirement. If you can get someone to stay on even two or three years longer as a half-time employee, you get 100 per cent of their knowledge. All of that institutionalized knowledge is there 100 per cent and you are only paying for half of it. It is hard to cost the savings, but I am sure there are real savings.

The Chairman: My final question has to do with an area that was raised the last time we had witnesses before us, and that is the whole issue of older people not retiring, not wanting the mandatory retirement, and the issue of safety and competency. Would either one of you like to add your views to that?

Mr. Marshall: When the U.S. did away with mandatory retirement several years ago, a new field emerged looking at competencies, particularly for airline pilots or firefighters or special occupational areas.

The Chairman: Cardiology especially.

Mr. Marshall: A lot of research was done. Basically they found that there are declines associated with age on many functions for most people, but these different functions do not decline at the same rate.

I have a hearing problem that is actually service-related. It was caused by gunnery practice when I was an officer cadet in the navy, an almost service-related injury. That was early, but with aging many people will lose their hearing although everything else works just fine. You have to base it on competencies rather than just age.

Cognitive function is important in the digital era we are now in. It would be folly to deny that with age there are declines in cognitive function, but in fact most people are so far above the bar that is required for satisfactory work performance that it does not matter. They will die of a heart attack or something else before the slowness with which they are doing cognitive processing of information would fall below a bar necessary for adequate performance.

Mr. Hunsley: A number of the recent court decisions that have been in favour of doing away with mandatory retirement have tended to put the burden of proof on the other side. They say that rather than have a general principle that at a certain age you are no longer competent to do a range of things, the burden of proof should be put on the other side. There may well be a number of occupations where it is appropriate to have mandatory retirement at a specific point in time, but that point may be determined not by an arbitrary number of years but by an overall measure of ability to perform the functions involved.

Il existe ce danger de perdre cette connaissance institutionnalisée et de vivre alors une crise profonde. Il s'agit là encore d'un argument en faveur de politiques de travail flexible, comme par exemple la retraite échelonnée. Si vous parvenez à obtenir qu'une personne reste ne serait-ce que pendant deux ou trois années de plus en travaillant à temps partiel, alors vous bénéficiez de 100 p. 100 de ses connaissances. Toutes ces connaissances institutionnalisées sont là à 100 p. 100, mais vous ne payez que pour la moitié. Il est difficile de chiffrer les économies, mais je suis convaincu qu'il y a des économies très concrètes.

La présidente : Ma dernière question concerne un sujet qui a été soulevé la dernière fois que nous avons entendu des témoins, toute la question des personnes âgées ne voulant pas partir à la retraite, refusant la retraite obligatoire, et la question de la sécurité et de la compétence. L'un ou l'autre d'entre vous aimerait-il se prononcer là-dessus?

M. Marshall : Lorsque les Américains ont éliminé la retraite obligatoire il y a de cela plusieurs années, a vu le jour un nouveau domaine, celui de l'examen des compétences, dans le cas, notamment, des pilotes d'avion, des pompiers et d'un certain nombre d'autres professions spécialisées.

La présidente : En cardiologie, notamment.

M. Marshall : Il s'est fait beaucoup de recherches. Ce que l'on a constaté est qu'il y a, dans le cas de la plupart des gens, un déclin progressif, avec l'âge, de nombreuses fonctions, mais que ces différentes fonctions ne déclinent pas au même rythme.

J'ai un problème d'ouïe, qui est en fait lié à mes années de service. Il a été causé par mes entraînements de tir lorsque j'étais élève-officier dans la marine, et il s'agit presque d'une invalidité liée au service. Cela est arrivé chez moi à un jeune âge, mais beaucoup de gens subiront en vieillissant des pertes auditives, même si tout le reste fonctionnera très bien. Il faut donc axer votre analyse sur les compétences, et non pas simplement sur l'âge.

La fonction cognitive est importante en cette ère numérique qui est la nôtre. Ce serait de la folie que de nier que l'âge amène un déclin de la fonction cognitive, mais la plupart des gens sont en fait si loin au-dessus de la barre de ce qui est requis pour assurer un rendement satisfaisant que cela ne compte pas. Ils mourront d'une crise cardiaque ou d'autre chose avant que leur lenteur cognitive et de traitement d'information ne passe sous la barre de ce qui est nécessaire pour assurer un rendement suffisant.

M. Hunsley : Plusieurs décisions récentes des tribunaux en faveur de la suppression de la retraite obligatoire ont placé le fardeau de la preuve de l'autre côté. Les juges ont dit qu'au lieu qu'il y ait un principe général voulant que vous ne soyez plus compétent pour faire un certain nombre de choses à partir d'un âge donné, le fardeau de la preuve devrait être placé de l'autre côté. Il y a peut-être bien quantité de métiers pour lesquels il est approprié d'imposer une retraite obligatoire à un moment donné, mais ce moment peut être déterminé non pas par un nombre d'années arbitraires mais par une mesure d'ensemble de la capacité d'exécuter les fonctions requises.

That is not inconsistent with what is happening in general, particularly in professions. We constantly increase the number of professions in the world. We develop new kinds of specializations, new areas in which we are competent. We have not only computer programmers now, but we have a variety of sub-professions within that, and in any number of areas. In general, those professions define themselves by their competencies, and they are more and more requiring such things as annual updating and continuing education and so on within their field in order to prove continuing levels of competency.

I expect that trend to continue in the future and it will be more common to have to prove that you are competent within your general area of work. I do not see that as being a particularly bad thing.

Mr. Marshall: Two days ago I was called by a lawyer in Toronto who wanted to discuss a case that may be coming before the courts. A man had been just hired by a company in Toronto and they had a very thorough hiring process. He passed all sorts of tests. They did not want to hire someone without making sure this person had all the required competencies. It was only after they hired him and he was filling out the paperwork that he told them he was 65 years old, and they fired him. I hope this comes before the courts. That is competency versus age right there.

The Chairman: On that note, Mr. Marshall and Mr. Hunsley, we thank you very much.

Honourable senators, we will now hear from our second panel of witnesses on the human life-course approach. Susan Kirkland is a professor with the Canadian Longitudinal Study on Aging from Dalhousie University. Professor Kirkland has various research interests including women's health, aging, health services utilization and longitudinal studies. From Statistics Canada we have Geoff Rowe, Senior Advisor, Microsimulation. Mr. Rowe has written on integrated life-course data and older workers.

Susan Kirkland, Professor, Canadian Longitudinal Study on Aging, Dalhousie University, as an individual: I would like to thank the Special Senate Committee on Aging for inviting me to appear before you today. The issue of aging in Canadian society has enormous implications for government, and I applaud you for your very timely work.

Given the list of earlier speakers and your own previous work in aging, I know that you are well aware of the shifting demographics in our country and the dramatic changes in the age structure of our population over time. In particular, as the baby boomers approach their senior years, and the first of them reach age 65 in 2011, there will be increasing pressures in health, social and economic spheres. In order to make informed decisions regarding programs and policies that reflect the changing nature

Cela n'est pas contraire à ce qui se passe de façon générale, surtout du côté des professions. Le nombre de professions qui existent dans le monde ne cesse d'augmenter. Nous créons de nouvelles spécialisations, de nouveaux secteurs de compétence. Nous avons à l'heure actuelle non seulement des programmeurs d'ordinateur, mais toute une série de sous-professions dans ce domaine et dans d'autres également. De façon générale, ces professions sont définies par les compétences requises, et exigent de plus en plus des choses comme des mises à jour annuelles, l'éducation permanente et ainsi de suite, dans le domaine, afin de prouver les niveaux de compétence.

Je m'attends à ce que cette tendance se maintienne à l'avenir et qu'il soit de plus en plus fréquent qu'il faille prouver votre compétence dans votre domaine général. Je n'y vois pas quelque chose de particulièrement mauvais.

M. Marshall : Il y a deux jours, j'ai reçu un appel d'un avocat de Toronto qui voulait discuter d'une affaire qui aboutira peut-être devant les tribunaux. Un homme venait tout juste d'être recruté par une entreprise à Toronto, qui avait suivi un processus de recrutement très approfondi. Il avait dû subir quantité de tests. L'entreprise ne voulait pas embaucher quelqu'un sans vérifier que la personne possédait toutes les compétences voulues. Ce n'est qu'après l'avoir embauché et alors qu'il remplissait toute la paperasse qu'il leur a dit qu'il avait 65 ans, et c'est alors qu'on l'a renvoyé. J'espère que cette affaire sera portée devant les tribunaux. Il s'agit clairement là d'une question de compétence versus âge.

La présidente : Là-dessus, monsieur Marshall et monsieur Hunsley, nous vous remercions beaucoup.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant entendre notre deuxième groupe de témoins sur l'approche fondée sur le parcours de vie. Susan Kirkland est professeure à l'Université Dalhousie et participe à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement. Elle se consacre à des travaux de recherche sur des sujets variés, dont la santé des femmes, le vieillissement, l'utilisation des services de santé et les études longitudinales. Nous accueillons également Geoff Rowe, qui est conseiller principal, microsimulation, chez Statistique Canada. M. Rowe a publié des études sur des données sur le cycle de vie et les travailleurs âgés.

Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie, à titre personnel : Je tiens à remercier le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de m'avoir invitée à comparaître devant lui aujourd'hui. La question du vieillissement de la société canadienne comporte de sérieuses ramifications pour le gouvernement et je vous félicite du travail que vous avez entrepris, et qui tombe à point nommé.

Étant donné la liste d'invités que vous avez déjà entendus et votre travail antérieur sur le vieillissement, je sais que vous êtes très au courant de la démographie changeante du pays et de la transformation profonde qu'a connue dans le temps la pyramide des âges ici au Canada. Plus particulièrement, au fur et à mesure que les baby-boomers avanceront en âge, et les premiers parmi eux atteindront l'âge de 55 ans en 2011, il y aura des pressions croissantes exercées dans les sphères sociales, économiques et de

of society, we will require evidence to guide our decision making and, in turn, evidence to evaluate whether the programs and policies we implement have their intended effect.

My presentation to you today revolves around the central tenet that we must put in place ongoing, longitudinal research that can be utilized for informed decision making, evaluating outcomes and creating new knowledge to increase our understanding of the complex processes of aging. In particular, I would like to tell you about an initiative I have been working on since 2001, a study known as the Canadian Longitudinal Study on Aging, or the CLSA.

I am one of three principal investigators on this study and, along with my colleagues Dr. Parminder Raina from McMaster University and Dr. Christina Wolfson from McGill University, have led a team of approximately 200 collaborators from 26 universities over the last five years to lay the groundwork for this innovative study.

You have already heard about the CLSA from Dr. Anne Martin-Matthews, who is the scientific director of the Institute of Aging, but I would like to take the opportunity to speak about the study in more detail and, in particular, to talk about the benefits to Canadians from undertaking such longitudinal research on aging.

I will begin by putting research on aging in context. We know that the aging process entails multifaceted changes during an individual's lifetime occurring simultaneously at the level of the cell, the level of the individual, and the broader social-societal level. In recent years, our ability to understand the complexity of aging has been enhanced through biological and technological advances such as the sequencing of the human genome. However, a clear picture of the combined effects of biological, physical, psychological and social changes in aging has not yet emerged.

There is a growing body of research on the aged, yet there is a need for studies that examine aging as a process incorporating adult development and life-course perspectives. In the literature, the concept of life pathways plays a central role. As individuals move along life pathways, they may modify their roles, behaviours or social relationships to meet the demands of changing environments and employ novel strategies or technologies to respond to these changes.

We know that the socio-demographic characteristics of baby boomers are very different than those of their predecessors, especially for women. As a result, the choices — or sometimes they are not choices — made regarding paid and unpaid work, preparation for retirement and retirement itself will have major

la santé. Si nous voulons être en mesure de prendre des décisions éclairées au sujet de programmes et de politiques qui refléteront la nature changeante de la société, il nous faudra nous fonder sur des preuves qui guident nos processus décisionnels et qui nous permettent d'évaluer si les programmes et les politiques que nous mettons en œuvre donnent les résultats escomptés.

L'exposé que je vais vous faire aujourd'hui tournera autour du principe central voulant qu'il nous faut lancer des recherches longitudinales permanentes qui puissent servir à la prise de décisions éclairées, à l'évaluation des issues et à la création de nouvelles connaissances qui viendront augmenter notre compréhension du processus complexe du vieillissement. Plus particulièrement, j'aimerais vous entretenir d'une initiative à laquelle j'œuvre depuis 2001, une étude appelée Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, ou ELCV.

Je suis l'un des trois principaux chercheurs œuvrant à cette étude, et, aux côtés de mes collègues, le Dr Parminder Raina, de l'Université McMaster, et la Dre Christina Wolfson, de l'Université McGill, et à y diriger une équipe d'environ 200 collaborateurs de 26 universités qui unissent leurs efforts depuis cinq ans pour jeter les bases de cette étude novatrice.

La Dre Anne Martin-Matthews, qui est la directrice scientifique de l'Institut du vieillissement, vous a déjà parlé de l'ELCV, mais j'aimerais profiter de l'occasion qui m'est ici donnée pour en traiter davantage dans le détail avec vous et, plus particulièrement, pour vous entretenir des avantages pour les Canadiens de la réalisation de ce travail de recherche longitudinal sur le vieillissement.

Je vais commencer par mettre en contexte la recherche sur le vieillissement. Nous savons que le processus du vieillissement entraîne des changements à facettes multiples qui s'opèrent simultanément durant la vie d'un individu au niveau de la cellule, au niveau de la personne et au niveau social et sociétal plus large. Ces dernières années, notre capacité de comprendre la complexité du vieillissement a été améliorée grâce à des percées biologiques et technologiques, comme par exemple le séquençage du génome humain. Cependant, un tableau clair des effets combinés des changements biologiques, physiques, psychologiques et sociaux qui sont à l'œuvre dans le vieillissement ne s'est pas encore dégagé.

Il existe une masse croissante de recherches sur les personnes âgées; or, il importe d'effectuer des études sur le vieillissement comme processus intégrant développement adulte et perspectives de parcours de vie. Dans la documentation qui existe, le concept de parcours de vie joue un rôle central. Au fur et à mesure qu'une personne avance dans son parcours de vie, elle peut être amenée à modifier ses rôles, comportements ou rapports sociaux pour répondre aux exigences d'environnements changeants et à recourir à des stratégies ou à des technologies nouvelles pour s'adapter à ces changements.

Nous savons que les caractéristiques socio-démographiques des gens de la génération du baby-boom sont très différentes de celles de leurs prédécesseurs, et c'est le cas tout particulièrement des femmes. En conséquence, les choix — mais il ne s'agit parfois pas de choix — qui sont faits relativement au travail rémunéré et non

implications not only for those people as individuals, but also for Canadian society as a whole. New and diverse pathways from work to retirement have been created for many families. In some cases, retirement will be prompted by adverse health conditions. In other cases, retirement itself may be associated with declining health and well-being as a result of economic or social deprivation. In still other cases, retirement may be followed by a significant period of good health with no decline for many years.

The transition to retirement may also be indirect, via care giving, or involuntary, via difficulties in getting back into the workforce after a period of being away. Thus, an understanding of retirement must be set within its broader social context, and the analysis of behaviour related to retirement must become more sophisticated to take into account this multiplicity of factors.

We also know that chronic diseases have an impact on aging. While the CLSA incorporates chronic disease as an important element of aging, the investigation of a number of specific diseases will also be possible. The greatest potential for advancement in terms of understanding the development and management of disease will be with respect to relatively common chronic conditions such as arthritis, osteoporosis, cardiovascular disease, cardiorespiratory disease, cerebrovascular disease, diabetes and hypertension. These diseases have been well studied in terms of prevalence, but very limited information exists at a population level on their incidence and on the progression of disease over time. Surprisingly, we know very little about the way in which disease influences physical, social and psychological functioning and how individuals adapt to live with chronic disease.

As individuals age, the likelihood that they will develop more than one chronic disease also increases. The development and management of comorbidities has not been well studied, in part because the predominant model of studying chronic disease is to focus on the in-depth measurement of one disease outcome at a time.

A key aspect to the Canadian Longitudinal Study on Aging, and one that makes it unique in contrast to previous studies, is a paradigm shift away from viewing aging as simply the accumulation of disease, deficits and disabilities to a view that incorporates the notion of healthy and successful aging. Simply put, while chronic diseases play a part in aging, the study of individual diseases alone does not further our understanding of aging.

rémunéré, à la préparation à la retraite et à la retraite elle-même auront d'énormes conséquences non seulement pour ces personnes prises individuellement, mais également pour la société canadienne dans son ensemble. Des cheminements nouveaux et différents, du travail à la retraite, ont été créés pour de nombreuses familles. Dans certains cas, la retraite sera amenée par un mauvais état de santé. Dans d'autres cas, la retraite elle-même est peut-être liée à un état de santé et à un bien-être en déclin par suite de privations économiques ou sociales. Dans d'autres cas encore, la retraite peut être suivie d'un bon état de santé pendant une assez longue période, sans détérioration pendant de nombreuses années.

La transition à la retraite peut également être indirecte, du fait de la prestation de soins à autrui, ou involontaire, du fait de difficultés à réintégrer le marché du travail après une absence. Ainsi, pour comprendre la retraite, il importe de l'inscrire dans son contexte social plus large, et l'analyse des comportements liés à la retraite doit devenir plus sophistiquée pour tenir compte de cette multitude de facteurs.

Nous savons également que les maladies chroniques ont une incidence sur le vieillissement. Même si l'ELCV intègre les maladies chroniques comme étant un élément important du vieillissement, la réalisation d'enquêtes sur plusieurs maladies particulières sera elle aussi possible. Le plus grand potentiel quant à l'avancement de la connaissance du développement et de la gestion des maladies est offert par l'étude de conditions chroniques relativement communes telles l'arthrite, l'ostéoporose, les maladies cardiovasculaires, les maladies cardiorespiratoires, les maladies cérébrovasculaires, le diabète et l'hypertension. Ces maladies ont été bien étudiées sur le plan prévalence, mais l'on ne dispose que de données très limitées quant à leur incidence parmi la population et leur progression dans le temps. Chose étonnante, nous ne savons que très peu de choses sur la façon dont la maladie influe sur le fonctionnement physique, social et psychologique des gens et sur la façon dont le malade s'adapte à la vie avec une maladie chronique.

Au fur et à mesure qu'une personne avance en âge, la probabilité qu'elle soit atteinte de plus d'une maladie chronique augmente elle aussi. Le développement et la gestion de comorbidités n'ont pas été bien étudiés, ce en partie parce que le modèle prédominant de l'étude des maladies chroniques se concentre sur la mesure en profondeur d'une résultante de maladie à la fois.

Un élément clé de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, et qui fait qu'elle est unique comparativement aux études qui l'ont précédée, est un changement de paradigme : en effet, l'on ne considère plus le vieillissement comme étant simplement l'accumulation de maladies, de déficits et d'incapacités, mais l'on y intègre la notion d'un vieillissement réussi et en santé. Pour dire les choses simplement, bien que les maladies chroniques jouent un rôle dans le vieillissement, la seule étude des différentes maladies ne nous aide pas à mieux comprendre le vieillissement.

An operational definition of healthy aging includes not only physical, psychological and social functioning, but also the elements of adaptation, context and the perception of the individual themselves. The full spectrum of aging trajectories is of interest, acknowledging that not all outcomes are negative and that many individuals feel that they can and do age well, even when faced with decline and adverse circumstances. Ultimately, we hope to identify the factors that have the greatest impact on successful aging and to better understand how they exert their effects.

Let me give you a bit of detail about the Canadian Longitudinal Study on Aging. It is a proposed study of 50,000 individuals to be followed over 20 years. These are Canadian men and women who are over the age of 40 years. While all 50,000 people will provide information via questionnaires on physical, social and psychological aspects of health, a subset of 30,000 will also provide much more detailed information, including a physical assessment and the provision of a blood sample. These 30,000 men and women will be centred around 10 Canadian cities or towns across the country. Those who are under 80 years of age will be followed every three years, and those over the age of 80 will be followed annually.

For all 50,000 participants, this information will, with informed consent, be linked to existing information such as healthcare administrative databases, mortality files, disease registries and environmental databases.

The design of the CLSA is unique in that it will be useful both to inform policy and to advance our understanding of the complex interrelationships involved in aging. The inclusion of study participants as young as 40 years of age is motivated by the desire to capture mid-life experiences prospectively, since important changes known to influence outcomes later in life will occur during this period. It stands to reason that people do not instantly become old overnight once they reach the age of 65. The lower age limit will permit the inclusion and long-term follow-up of individuals who are part of the baby boom cohort, whereas the older age groups will allow us to follow those who are making the transition into retirement or who are already retired. One of our interests in studying this latter group prospectively is the opportunity to follow the oldest old into their final years of life.

How can the CLSA have a direct impact on policy? One of the key ways is by tracking key life-course information and events leading up to the transition from work to retirement and transitions post retirement. As an example, many policies with respect to work and retirement are based on the model of an individual, typically male, holding a job in one organization for a

Une définition opérationnelle du vieillissement en santé doit englober non seulement le fonctionnement physique, psychologique et social, mais également l'adaptation, le contexte et la perception de la personne elle-même. Il importe de nous intéresser à tout le spectre des trajectoires du vieillissement, reconnaissant que ce ne sont pas toutes les issues qui sont négatives et que les gens sont nombreux à penser bien vieillir et à bien vieillir en effet, même lorsque confrontés à leur déclin et à des circonstances difficiles. En bout de ligne, nous espérons cerner les facteurs qui ont la plus forte incidence sur la réussite du vieillissement et mieux comprendre la façon dont ils exercent leurs effets.

Permettez-moi maintenant de vous en dire un peu plus au sujet de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement. Il s'agit d'une étude qui permettra de suivre 50 000 personnes sur une période de 20 ans. Il s'agira d'hommes et de femmes canadiens âgés de plus de 40 ans. Les 50 000 participants fourniront, par l'intermédiaire de questionnaires, des renseignements au sujet d'aspects physiques, sociaux et psychologiques de leur santé, mais un sous-groupe de 30 000 d'entre eux devront fournir des renseignements beaucoup plus précis, dont une évaluation physique et un échantillon sanguin. Ces 30 000 hommes et femmes seront centrés autour de dix villes ou villages d'un peu partout au pays. Les participants âgés de moins de 80 ans seront suivis tous les trois ans et ceux âgés de plus de 80 ans feront l'objet d'un suivi annuel.

Dans le cas de la totalité des 50 000 participants, les données fournies seront, avec leur consentement éclairé, ajoutées aux données déjà existantes renfermées, par exemple, dans des bases de données administratives pour les soins de santé, des dossiers sur la mortalité, des registres de maladie et des bases de données environnementales.

Le concept de l'ELCV est unique en ce qu'elle servira tant à informer la politique qu'à faire avancer notre compréhension des interrelations complexes qui font partie du vieillissement. L'inclusion dans l'étude de participants aussi jeunes que 40 ans est motivée par le désir de cerner de façon prospective les crises qui surviennent dans la force de l'âge, étant donné que surviendront pendant cette période des changements importants dont on sait qu'ils influenceront plus tard sur la vie de l'intéressé. En effet, il y a tout lieu de croire qu'une personne ne devient pas instantanément vieille du jour au lendemain, dès qu'elle atteint l'âge de 65 ans. Cette limite d'âge inférieure permettra l'inclusion et le suivi à long terme de personnes qui font partie de la cohorte des baby-boomers, tandis que les groupes d'âge plus avancés nous permettront de suivre ceux qui sont en train de faire la transition vers la retraite ou qui sont déjà retraités. L'une des raisons pour lesquelles nous tenons à étudier prospectivement ce dernier groupe est que cela nous offrira la possibilité de suivre les plus âgés parmi les aînés dans les dernières années de leur vie.

De quelle façon l'ELCV peut-elle avoir une incidence directe sur la politique? L'une des principales façons sera de suivre le parcours de vie et les événements menant à la transition du travail à la retraite et aux transitions post-retraite. À titre d'exemple, nombre des politiques relatives au travail et à la retraite sont fondées sur le modèle d'un individu, typiquement du sexe

long period of time. However, the reality today is that many people work job to job or engage in periods of unemployment, particularly as they move toward retirement. The rise in the prevalence of women in the paid work force and the increase in the number of dual-income families have also created new issues for balancing work and life demands, as have the growth of non-standard paid work — for example self-employment, contract work or consulting — and casual employee status — a recent phenomenon that has important implications for forecasting retirement and that has not been well studied.

The pending withdrawal of the large baby boom cohort from the workforce also has implications for policies with respect to age at retirement, labour force shortages and the loss of experienced workers. A more complete understanding of the impact of these changes will allow policy-makers to develop and implement policies with the greatest opportunity of increasing health and productivity of the labour force.

As a nation, Canada has unique features that make it an excellent setting for the study of aging. In addition to having a large baby boom cohort, the oldest of whom are about to enter into their senior years, we have unique structural aspects that add value to such a study. These include, first, a publicly funded healthcare system and associated administrative databases that capture the health service utilization of the whole population and, second, the ability to link, at the individual level, these existing sources of information.

Equally important, we have a critical mass of Canadian researchers prepared to cooperate and contribute their expertise to a collective resource, and this has been clearly demonstrated over the last five years. The CLSA has the potential to enhance research capacity, to build a legacy for future generations of researchers and to place Canada at the forefront of research on aging internationally.

Last, but certainly not least, health and aging are issues of great interest and importance to the Canadian public. Indeed, through focus groups we have conducted across the country over the last year, healthy aging is consistently found to be an important and timely focus for research in this country.

In closing, I hope I have conveyed to you the benefit of longitudinal research for the study of aging. While considerable effort and development work on the CLSA has already been undertaken, the funding for this long-term initiative is not yet in place. To date, the CLSA has been supported as a strategic initiative of the Canadian Institutes of Health Research, CIHR,

masculin, qui reste à l'emploi d'une seule et même organisation pendant une longue période de temps. Or, la réalité d'aujourd'hui est telle que beaucoup de gens passent d'un emploi à un autre ou vivent des périodes sans emploi au fur et à mesure qu'ils approchent de la retraite. La hausse de la prévalence des femmes parmi la population active et l'augmentation du nombre des familles à deux revenus ont également créé des situations nouvelles en matière d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, tout comme cela a été le cas de l'augmentation du travail rémunéré non standard — par exemple travail autonome, travail contractuel ou travail d'expert-conseil — ainsi que du statut d'employé occasionnel, phénomène récent qui aura d'importantes conséquences en matière de prévisions relativement à la retraite et qui n'a pas été étudié en profondeur.

Le retrait imminent de l'importante cohorte de baby-boomers du marché du travail aura également des conséquences sur le plan des politiques relatives à l'âge de la retraite, aux pénuries de main-d'œuvre et à la perte de travailleurs chevronnés. Une meilleure compréhension de l'incidence de ces changements permettra aux décideurs d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques mieux en mesure d'améliorer la santé et la productivité de la population active.

En tant que pays, le Canada a des caractéristiques qui font qu'il est un excellent cadre pour une étude sur le vieillissement. En plus d'avoir une importante cohorte de baby-boomers, dont les plus vieux sont sur le point d'aborder le troisième âge, il existe au pays des aspects structurels uniques qui ajouteront de la valeur à une telle étude. Comptent parmi ceux-ci, premièrement, un système de soins de santé financé par les deniers publics et des bases de données administratives connexes qui nous renseignent sur l'utilisation par l'ensemble de la population des différents services de soins de santé, et, deuxièmement, la capacité d'établir le lien, au niveau de l'individu, avec ces sources d'information existantes.

Chose tout aussi importante, nous avons une masse critique de chercheurs canadiens prêts à collaborer et à contribuer leur expertise à une ressource collective, et ceci a été clairement démontré au cours des cinq dernières années. L'ELCV offre le potentiel d'améliorer la capacité de recherche, de bâtir un legs pour les générations futures de chercheurs et de placer le Canada à la fine pointe de la recherche sur le vieillissement à l'échelle internationale.

Enfin, mais ce n'est pas le moins important, la santé et le vieillissement sont des questions qui revêtent beaucoup d'intérêt et d'importance pour le public canadien. De fait, lors des groupes de réflexion que nous avons organisés d'un bout à l'autre du pays au cours de la dernière année, le vieillissement en santé est régulièrement ressorti comme étant un thème de recherche important et opportun dans ce pays.

En conclusion, j'espère vous avoir bien communiqué les avantages des recherches longitudinales dans l'étude du vieillissement. Bien que des efforts et des travaux initiaux relativement à l'ELCV aient déjà été entrepris, le financement de cette initiative à long terme n'est pas encore en place. À ce jour, l'ELCV a été appuyée en tant qu'initiative stratégique des

and approximately \$4.5 million has been invested in its development. However, a study of this magnitude is extremely expensive, and there are no existing funds to support its full-scale implementation. We are currently working with CIHR, Statistics Canada, the Public Health Agency of Canada, Health Canada, and Human Resources and Social Development Canada to try to make this important study a reality. In order to meet the demands and the needs of today's and tomorrow's seniors, there is an urgent need to invest in longitudinal research. I thank you for your time.

Geoff Rowe, Senior Advisor — Microsimulation, Statistics Canada: Thank you for giving me the opportunity to make this presentation today.

In the previous session, Terrence Hunsley gave you some examples of research that has been supported through the use of the LifePaths simulation model. I intend to give you some background on that model.

Diversity among individuals is a fact all too often overlooked in policy analysis that usually focuses on averages or on the typical individual. As an example, women aged 45 in the 1991 census can be grouped into 8,021 categories on the basis of just a few factors that are of long-term significance in their lives — the number of children they have born, years of education, marital status, migration and disability. Twenty-nine per cent of these women were in the least common 7,000 categories. Thirteen per cent of them were in a category by themselves. If such diversity is evident for a single year of age, it is even more pronounced when we consider people's circumstances over their life course.

As Terrence Hunsley has just illustrated, there are a number of important policy domains — including those that are the focus of this committee, such as population aging — where a life course perspective reflecting people's diverse situations is clearly important.

Unfortunately, life course data for a representative sample of the Canadian population are generally either unavailable or incomplete. If we want a broad understanding of the life courses of Canadians over the past several decades, as well as how they are likely to unfold into the future, the only recourse is to reconstruct life-course data by integrating data sources and draw on recently observed patterns of behaviour for projections. For this, we need a model, more specifically a computer simulation model.

LifePaths is such a model. It facilitates analysis of the life course by synthetically but realistically generating a sample of life histories of individuals and families from birth to death. LifePaths represents diversity, for example, by reproducing detailed distributions of annual earnings by educational

Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, et environ 4,5 millions de dollars ont été investis dans son élaboration. Cependant, une étude de cette ampleur coûte très cher, et il n'y a en place aucun financement à l'appui de sa mise en œuvre à grande échelle. Nous travaillons présentement aux côtés des IRSC, de Statistique Canada, de l'Agence de santé publique du Canada, de Santé Canada et de Ressources humaines et Développement social Canada dans le but de faire de cette importante étude une réalité. Il est urgent que l'on investisse dans du travail de recherche longitudinal afin d'être en mesure de répondre aux besoins des aînés d'aujourd'hui et de demain. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

Geoff Rowe, conseiller principal — microsimulation, Statistique Canada : Merci de l'occasion qui m'est ici donnée de comparaître devant vous aujourd'hui.

Lors de la séance précédente, Terrence Hunsley vous a donné des exemples de travaux de recherche qui ont été appuyés grâce à l'utilisation du modèle de simulation LifePaths. J'entends vous expliquer davantage ce modèle.

La diversité au sein de la population est un fait qui est trop souvent passé sous silence dans les analyses politiques qui se préoccupent en règle générale de moyennes ou de l'individu type. À titre d'exemple, on peut regrouper les femmes âgées de 45 ans lors du Recensement de 1991 en 8 021 catégories, en fonction de certains facteurs ayant une importance à long terme dans leur vie — le nombre d'enfants qu'elles ont eus, leurs années d'études, leur état civil, leur migration et leurs incapacités. Vingt-neuf pour cent de ces femmes appartenaient aux 7 000 catégories les moins courantes. Treize pour cent d'entre elles étaient dans une catégorie qui leur était toute propre. Si une telle diversité est évidente pour une seule année d'âge, alors elle doit être encore plus prononcée dès que l'on tient compte des circonstances des gens pendant tout leur parcours de vie.

Comme Terrence Hunsley l'a tout juste illustré, il y a un certain nombre d'importants domaines en matière de politique publique — dont ceux sur lesquels se penche le comité, notamment le vieillissement de la population — pour lesquels une perspective fondée sur le parcours de vie reflétant la diversité des situations des gens est clairement importante.

Malheureusement, des données sur le cycle de vie pour un échantillon représentatif de la population canadienne sont généralement inaccessibles ou incomplètes. Si nous voulons bien comprendre les parcours de vie des Canadiens au cours des dernières décennies, ainsi que la façon dont ceux-ci vont vraisemblablement se dérouler à l'avenir, la seule possibilité est de reconstruire des données de parcours de vie en intégrant des sources de données et en puisant dans des schémas de comportement récemment constatés pour faire des projections. Il nous faut, pour cela, un modèle, et plus particulièrement un modèle de simulation informatisé.

C'est justement ce qu'est LifePaths. Il facilite l'analyse du parcours de vie en générant de façon synthétique mais réaliste un échantillon d'histoires de vie de personnes et de familles, depuis la naissance jusqu'à la mort. LifePaths représente, par exemple, la diversité en reproduisant des distributions détaillées de revenus

background, age and sex. The simulated life histories add up not only to the obvious broad aggregates, like total population and average income, but also to more detailed benchmarks, such as the number of employed women by age group and calendar year.

I want to give three further examples of recent studies that we have conducted over and above those Mr. Hunsley described earlier. These are all studies that illustrate new areas into which we are extending the model.

To begin, here are three main observations drawn from a new, soon-to-be-published examination of inter-generational fairness from the perspective of lifetime income taxes and transfers as experienced by successive Canadian birth cohorts.

First, based on ranges that have been observed in the past decade, the pace of economic growth is likely to have more influence on lifetime transfers minus taxes than improvements on life expectancy. Second, the way that the major cash transfers to the elderly — CPP, QPP, OAS and GIS — are indexed over the coming decades is likely more important than whether the age of entitlement remains at age 65 or is increased to age 70. Third, the baby boom generation could end up benefiting less from taxes and transfers than their parent's generation did.

The model has also been used in a number of published studies involving disability, aging and home care. One of the concerns here is the extent to which future elderly might be able to draw on informal support from their close family.

We have found, first, that marriage and divorce trends may imply that in the future fewer disabled senior have a spouse who could care for them. Second, current low levels of fertility may imply that in the future fewer disabled senior will have an adult child to help with their care.

The LifePaths model provides a unique capacity in Canada to help identify factors that will influence seniors' ability to have informal care and support.

LifePaths also makes it possible to explore different factors that may be important in the context of an aging population, such as the future of family formation and dissolution and future fertility trends.

The past two decades have shown remarkable increases in the level of labour market activity among women. All else equal, these increases should translate into increases in their future public and private pension entitlements, but if current levels of marriage breakdown continue, in the future, an increased proportion of seniors may be living alone, though common law unions may

annuels en fonction du niveau d'études, de l'âge et du sexe. Les histoires de vie simulées concordent non seulement avec les données d'ensemble évidentes, comme par exemple population totale et revenu moyen, mais également avec des points de repère plus détaillés, comme par exemple le nombre de femmes actives par groupe d'âge et par année civile.

J'aimerais vous donner trois autres exemples d'études récentes que nous avons effectuées, en plus de celles que vous a décrites tout à l'heure M. Hunsley. Toutes les études illustrent de nouveaux territoires dans lesquels nous prolongeons le modèle.

Pour commencer, voici les trois principales observations tirées d'un nouvel examen, à paraître bientôt, de l'équité intergénérationnelle, du point de vue des impôts sur le revenu et des transferts pendant toute une vie, telle que vécue par des générations successives de Canadiens.

Premièrement, sur la base de fourchettes observées au cours de la dernière décennie, le rythme de la croissance économique va vraisemblablement avoir une plus grande influence sur les transferts moins les impôts au cours d'une vie que l'amélioration de l'espérance de vie. Deuxièmement, la façon dont les principaux transferts d'argent aux aînés — RPC, RRQ, SV et SRG — seront indexés dans les décennies à venir aura vraisemblablement plus d'importance que le maintien de l'âge de l'admissibilité à 65 ans ou son établissement à l'âge de 70 ans. Troisièmement, les membres de la génération du baby-boom pourraient finir par moins bénéficier d'impôts et de transferts que leurs parents.

Le modèle a également été utilisé dans le cadre de plusieurs études sur l'incapacité, le vieillissement et les soins à domicile qui ont été publiées. L'une des préoccupations ici est la mesure dans laquelle les aînés de demain pourront compter sur le soutien informel de leurs proches parents.

Nous avons constaté, premièrement, que les tendances en matière de mariage et de divorce peuvent peut-être laisser supposer qu'à l'avenir moins d'aînés handicapés pourront compter sur un conjoint pouvant s'occuper d'eux. Deuxièmement, les faibles taux de fécondité actuels peuvent laisser supposer que moins d'aînés handicapés pourront compter sur un enfant adulte pouvant s'occuper d'eux dans l'avenir.

Le modèle LifePaths offre au Canada un moyen tout à fait unique de cerner les facteurs qui influenceront sur la capacité des aînés de bénéficier de soins et de soutien informels.

LifePaths facilite également l'exploration de différents facteurs pouvant être importants dans le contexte de la population vieillissante, par exemple l'avenir de la formation et de la dissolution de familles et les tendances futures sur le plan de la fécondité.

Ces dernières décennies ont été marquées par des augmentations énormes de l'activité des femmes au sein du marché du travail. Toutes autres choses étant égales, ces augmentations devraient se traduire par des augmentations de leurs droits futurs au titre de pensions publiques et privées, mais si les niveaux actuels de rupture de mariage se maintiennent, une

become increasingly prevalent among seniors. Still, two pension couples will be better insulated from risks to their pensions than would the single pension couple of the past.

This final example illustrates that LifePaths can address issues that cut across economic and social boundaries such as labour market and the family.

LifePaths is a tool designed to increase the usefulness of the data we have by means of data integration and by enabling us to pose and answer "what if" questions. It also allows us to broaden the scope of policy analysis, and though the model has a steep learning curve, it is intended to be widely available.

The Chairman: Thank you very much. How do LifePaths and the Canadian Longitudinal Study on Aging work cooperatively together, or do they? Are they two different vehicles?

Mr. Rowe: I do not think that they are alternatives at all. I am in the business of modeling, but modeling is only a second best. Primary data is what one wants ideally, but there are always limitations to that data. Only so many questions can be asked on a survey; only so many measures can be taken, and you can follow individuals in a longitudinal survey only for a limited period of time. Eventually you run out of information, and that is the point at which models should take over.

If LifePaths had the data from a longitudinal survey such as this available to it, it would be improved, but you would still need that model both to fill in the past, for which we have no longitudinal surveys, and to enhance the model for projection into the future.

Ms. Kirkland: I would agree with that. I think they are entirely complimentary approaches. You need prospective information over time in order to deal with issues that come forward and issues that we cannot get from existing information. That is the crux of the matter in terms of using modeling approaches with data that exists. What we really need is information from a variety of sources and particularly from a variety of different approaches in order to understand the full range of what it means to age.

For instance, in a database somewhere we have a lot of information on economic circumstances, and we have a lot of information on diseases or visits to hospitals in another database. However, there is other important information that revolves around how individuals adapt or that has to do with the psychological and social integration aspects of health, which really you only can get from an individual. Having that information will really help us to piece together the puzzle,

proportion supérieure d'ainés vivront peut-être seuls, même si les unions de fait devaient devenir plus courantes chez les aînés. Il n'en demeure pas moins que les couples à deux pensions seront mieux isolés contre les risques relatifs aux futures pensions que ne l'ont été par le passé les couples à pension unique.

Le dernier exemple illustre le fait que LifePaths permet d'aborder des questions qui dépassent les barrières économiques et sociales, comme par exemple le marché du travail et la famille.

LifePaths est un outil qui a été conçu pour améliorer l'utilité des données dont nous disposons en assurant leur intégration et en nous permettant de poser des questions du type « que se passera-t-il si? » et d'y répondre. LifePaths nous permet aussi d'élargir la portée de nos analyses de politique et, bien que le modèle comporte une courbe d'apprentissage plutôt raide, il a pour objet d'être disponible sur une grande échelle.

La présidente : Merci beaucoup. De quelle façon LifePaths et l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement fonctionnent-ils de pair, ou bien n'est-ce pas le cas? S'agit-il de deux véhicules différents?

M. Rowe : Je ne crois pas du tout qu'il s'agisse de solutions de rechange. Mon domaine est celui de la modélisation, mais la modélisation n'est que la solution de second choix. Idéalement, ce que l'on veut, ce sont des données primaires, mais il y a toujours des limites sur ce plan. Le nombre de questions que l'on peut poser dans le cadre d'un sondage est limité; le nombre de mesures qui peuvent être prises est limité, et vous pouvez suivre des personnes dans le cadre d'une étude longitudinale pendant une certaine période seulement. À partir d'un certain moment, vous commencez à manquer de données, et c'est là que devraient intervenir les modèles.

Si LifePaths avait à sa disposition les données provenant d'une étude longitudinale comme celle-ci, l'outil serait amélioré, mais il vous faudrait néanmoins ce modèle pour combler les trous pour ce qui est du passé, pour lequel nous n'avons aucune étude longitudinale, et pour améliorer les projections dans le futur.

Mme Kirkland : Je suis d'accord, j'estime qu'il s'agit d'approches tout à fait complémentaires. Il vous faut des données prospectives, dans le temps, de façon à être en mesure de réagir aux problèmes qui surgissent et aux éléments sur lesquels les données existantes ne nous renseignent pas. C'est le nœud de l'affaire pour ce qui est d'utiliser la modélisation avec des données qui existent. Ce qu'il nous faut réellement ce sont des renseignements en provenance de toute une gamme de sources et, surtout, de toute une gamme d'approches différentes, ce afin de comprendre tous les aspects du vieillissement.

Par exemple, dans une base de données quelque part, nous disposons de quantité d'informations sur les circonstances économiques, et nous avons beaucoup de données sur les maladies ou les visites à l'hôpital dans une autre base de données. Cependant, il y a d'autres renseignements importants concernant la façon dont les gens s'adaptent ou les aspects psychologiques et d'intégration sociale de la santé, et que vous ne pouvez en réalité obtenir qu'auprès de la personne elle-même. Le

because we have such limited pieces of information at the moment and we have never been able to put them together effectively.

The Chairman: Dr. Kirkland, you mentioned that this study is still at the proposal stage and that you hope to launch it in 2008. What kind of money are we looking at in order to have this study conducted?

Ms. Kirkland: That is a very good question. I cannot tell you which version of the budget to report, but I would say that the most accurate figure is \$55 million per five-year cycle, which is two cycles of complete data collection.

We can, of course, lower the budget by taking certain aspects out, by following people not as frequently or by not including as great numbers. All of those measures, however, have very real implications. A benefit of the CLSA to date is that we have been able to develop a design that includes a large enough number of people and covers a large enough number of elements that have not previously been collected on the same individuals into one package. It is the integration of that information, along with the power of having large numbers, that will allow us to answer some of these questions that we have around the process of aging. That is why this study has the opportunity of being unique.

There have been a number of studies on aging in other countries. We have had the Canadian Study of Health and Aging, which focused on Alzheimer's disease and other forms of dementia. Typically, past studies have been of between 10,000 and 20,000 people. They have followed people who are aged 65 and older. They have run into problems, because when you have a small number of people and you start at an age range where people are dying off, you lose numbers. You start off asking the right questions but you end up being limited in providing answers because you simply do not have the resources, in both numbers and complexity, to answer those questions. That is why we feel a study the size of the Canadian Longitudinal Study on Aging, with 50,000 people, 30,000 of whom are followed with very detailed information, will allow us to get at those issues.

The Chairman: My concern about long-term studies is that politicians look for the quick fix. When the first report comes down politicians say we now have the answers to all the questions we asked. Meanwhile, of course, the study is still going on. How do we prevent that from happening, so that the quick fix is not taken before we have any idea what the solutions really are?

fait de disposer de ces renseignements nous aidera vraiment à mettre ensemble les morceaux du puzzle, car nous ne disposons à l'heure actuelle que de morceaux d'information très limités et nous n'avons jamais pu bien les imbriquer ensemble.

La présidente : Madame Kirkland, vous avez mentionné que cette étude en est toujours au stade de simple proposition et que vous espérez la lancer en 2008. De combien d'argent vous faudrait-il disposer pour mener cette étude?

Mme Kirkland : Vous posez là une très bonne question. Je ne saurais vous dire quelle version du budget est la bonne, mais je pense que le chiffre le plus juste serait de 55 millions de dollars par cycle quinquennal, soit deux cycles complets de collecte de données.

Nous pourrions, bien sûr, réduire le budget en retranchant certains éléments, en faisant des suivis moins réguliers ou en incluant moins de participants. Toutes ces mesures auraient cependant des conséquences très réelles. Un avantage de l'ELCV à ce jour est que nous avons pu élaborer un modèle qui englobe un assez grand nombre de personnes et qui recouvre un assez grand nombre d'éléments sur lesquels nous n'avons jusqu'ici pas pu recueillir des données chez les mêmes personnes et dans le cadre d'une seule et même étude. C'est l'intégration de ces données, ajoutée à la taille de l'échantillon, qui nous permettra de répondre à certaines de ces questions que nous nous posons au sujet du processus du vieillissement. C'est pourquoi cette étude aurait l'avantage d'être unique.

Il s'est fait un certain nombre d'études sur le vieillissement dans d'autres pays. Nous avons eu l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, étude qui portait sur la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Typiquement, les études passées ont porté sur entre 10 000 et 20 000 personnes. Elles ont suivi des personnes âgées de 65 ans et plus. Les responsables de ces études ont été confrontés à des problèmes, car lorsque vous étudiez un petit nombre de personnes et que vous commencez avec une fourchette d'âge à l'intérieur de laquelle les gens commencent à mourir, alors votre bassin diminue. Vous commencez en posant les bonnes questions, mais vous finissez par être limité dans les réponses que vous pouvez offrir du simple fait que vous ne disposiez pas des ressources requises, côté nombre et complexité, pour répondre aux questions. C'est pourquoi nous pensons qu'une étude de l'envergure de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, portant sur 50 000 personnes, dont 30 000 seront suivies de très près et fourniront des renseignements très détaillés, nous permettra d'approfondir ces questions.

La présidente : Ce qui me préoccupe quant aux études à long terme est que les politiciens sont toujours à la recherche de solutions miracles. Lorsque sortira le premier rapport, les politiciens diront que nous avons maintenant les réponses à toutes les questions posées. Dans l'intervalle, bien sûr, l'étude se poursuit. Comment empêcher que cela n'arrive, que l'on opte pour la solution simple avant même que l'on ait la moindre idée des véritables solutions?

Ms. Kirkland: That is an interesting question. Usually we have been thinking about it from the other perspective. How do we give politicians the quick fix so that they feel they are getting benefit for their dollars?

The Canadian Longitudinal Study on Aging has been designed so that we enter people aged 40 up to age 80 and follow those people for 20 years. That allows us at the outset to get a broad spectrum of the Canadian population and to follow those age groups so that we can make some quick, informed decisions around various aspects of health.

Also, the CLSA has been designed so that all 50,000 participants can provide information at a provincial level to address issues around provincial policy. The 30,000 will provide more detailed information, but only at a national level.

The challenges are to be able to present information on an ongoing basis that is new and that highlights the value of this kind of work and also for us to be able to articulate what the long-term values are.

Mr. Rowe: One way you can address the problem of the quick fix is by highlighting in the first instance the diversity of outcomes that we observe in policy in the social and economic domains generally. One reason that I emphasized diversity in my talk is that I think that too much emphasis has been placed on averages that give the impression that quick fixes are real.

I do not imagine this is not a real challenge. If we were able to emphasize diversity of outcomes to a greater degree than we have in the past, I think that that would improve matters, though it is difficult.

The Chairman: I think back to 15 years ago when we were actually cutting placements in medical schools because we were going to have too many doctors, only to find in the last five years that we have not had nearly as many doctors as we need, and we have had to reverse it. We took away places and now we have restored those places. My overall concern about studies of this nature is that we make these decisions based on part data which is what we would have after five years and then more part data after another five years.

Let me pass you on to my colleagues. Senator Murray seemed quite surprised.

Senator Murray: I have always been incredulous about what we did as a society in terms of health care professionals, doctors and nurses, only a few years ago. You cannot convince me that we did not know better. It was driven by fiscal considerations. I am glad to have that confirmation from a distinguished medical practitioner, our colleague Senator Keon.

Mme Kirkland : C'est là une question intéressante. Nous envisageons habituellement la chose depuis l'autre perspective. Comment fournir aux politiciens la solution miracle afin qu'ils aient le sentiment d'en avoir pour leur argent?

L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement a été conçue de façon à y inclure des personnes âgées de 40 à 80 ans et de les suivre pendant 20 ans. Cela nous permet dès le départ d'avoir un vaste échantillon de la population canadienne et de suivre ces groupes d'âge de façon à être en mesure de prendre quelques décisions rapides et éclairées au sujet de différents aspects de la santé.

D'autre part, l'ELCV a été conçue de façon à ce que la totalité des 50 000 participants puissent fournir des renseignements au niveau provincial afin que l'on puisse s'attaquer à des questions liées aux politiques provinciales. Quant au groupe de 30 000, celui-ci fournira des renseignements plus détaillés, mais au niveau national seulement.

Le défi sera d'être en mesure de livrer de façon permanente des données qui sont nouvelles et qui font ressortir la valeur de ce genre de travail, et il sera également pour nous d'en expliquer la valeur à long terme.

M. Rowe : Une façon dont vous pouvez régler le problème de la solution miracle est de faire ressortir, au départ, la diversité des issues constatées dans les politiques sociales et économiques en général. Une raison pour laquelle j'ai, dans ma déclaration, souligné la diversité, est que je pense que l'on met trop l'accent sur les moyennes, ce qui donne l'impression que les solutions rapides sont des solutions réelles.

Je ne suis pas en train de m'imaginer que ce n'est pas un défi très réel. Si nous pouvions faire mieux ressortir la diversité des issues que par le passé, je pense que cela améliorerait les choses, bien que ce soit difficile.

La présidente : Je songe à ce qui s'est passé il y a 15 ans lorsqu'on a en fait réduit le nombre de places dans les écoles de médecine car on craignait d'avoir un trop grand nombre de médecins, tout cela pour constater au cours des cinq dernières années que nous sommes loin d'avoir le nombre de médecins requis, et il nous a fallu renverser la tendance. Nous avons supprimé des places et voici qu'aujourd'hui nous sommes en train de les rétablir. Mon souci d'ensemble à l'égard d'études de ce genre est que nous prenons ces décisions sur la base de données partielles, soit ce que nous aurons au bout de cinq ans, pour recommencer cinq ans plus tard, sur la base, une nouvelle fois, de données partielles.

Permettez-moi de céder maintenant la place à mes collègues. Le sénateur Murray a paru plutôt surpris.

Le sénateur Murray : J'ai toujours eu de la difficulté à croire ce que nous avons fait en tant que société, il y a à peine quelques années, relativement aux professionnels des soins de santé, aux médecins et infirmières. Vous ne parviendrez pas à me convaincre que nous ne savions pas que ce n'était pas la chose à faire. Cela a été amené par des considérations financières. Je suis heureux que cela ait été confirmé par un médecin praticien distingué, notre collègue, le sénateur Keon.

I can see how these two studies will complement each other, because Dr. Kirkland's study seems to be concentrating on health. Your introduction is a more macro introduction about multifaceted changes during an individual lifetime. Essentially it seems to me you are talking about health here.

Ms. Kirkland: Yes, I am talking about health but in the broadest sense. I consider health to be social, emotional, physical health, not simply whether one develops a disease or cannot lift a box.

Senator Murray: I will have to let someone else pursue that. Like Senator Carstairs, my familiarity with this kind of project is largely from the field of politics. You draw a good sample of the population, and then you go out and ask questions and try to get answers.

Tell me that 50,000 Canadian women and men over the age of 40 will be a valid sample.

Ms. Kirkland: I can tell you that it will allow us to look at a number of estimates for a number of different things.

Senator Murray: Does anyone know approximately how many Canadians there are who are over age 40? Mr. Rowe, do you know?

Mr. Rowe: I could only guess.

Senator Murray: You do not carry that sort of information?

Mr. Rowe: No, I do not.

Senator Murray: Neither do I.

Ms. Kirkland: There are a lot of them.

Senator Murray: That is why I wonder if 50,000 is a valid sample.

I will leave questionnaire-based information on physical, social and psychological aspects of health to you.

I presume that there will be a valid breakdown of the 50,000 study participants into men and women, age groups like 40 to 50 years and 50 to 60 years, socio-economic status, incomes, ethnic origins and so on. Am I right about that or does it matter for the purposes of this study?

Ms. Kirkland: It matters, yes. However, you cannot start to divide the population too many times before you do not have adequate numbers. There is a very real challenge here as to how to study the Canadian population adequately. For instance, when we were trying to determine the design of this study, we were very concerned about studying both urban and rural populations.

Senator Murray: I see that.

Je peux voir comment ces deux études se complèteront l'une l'autre, car celle de Mme Kirkland semble se concentrer sur la santé. Votre introduction est davantage une introduction macro sur les changements à facettes multiples qui interviennent au cours d'une vie. Il me semble que vous parlez essentiellement ici de santé.

Mme Kirkland : Oui, je parle de santé, mais dans son sens le plus large. Je considère la santé sous l'angle de la santé sociale, émotive et physique, et pas simplement en fonction de la question de savoir si on est frappé par une maladie ou si on ne parvient plus à soulever un carton.

Le sénateur Murray : Il me faudra laisser quelqu'un d'autre poursuivre la discussion là-dessus. Tout comme le sénateur Carstairs, ma compréhension de ce genre de projet s'inscrit largement dans le domaine de la politique. Vous choisissez un bon échantillon de la population, puis vous posez des questions et recueillez et des réponses.

Dites-moi que 50 000 hommes et femmes canadiens âgés de plus de 40 ans seront un échantillon valable.

Mme Kirkland : Je peux vous dire que cela nous permettra d'examiner diverses estimations de différentes choses.

Le sénateur Murray : Quelqu'un a-t-il une idée approximative du nombre de Canadiens qui sont aujourd'hui âgés de plus de 40 ans? Monsieur Rowe, le savez-vous?

M. Rowe : Je ne pourrais qu'essayer de deviner.

Le sénateur Murray : Vous n'avez pas en main ce genre de renseignement?

M. Rowe : Non.

Le sénateur Murray : Moi non plus.

Mme Kirkland : Ils sont nombreux.

Le sénateur Murray : C'est pourquoi je me demande si 50 000 est un échantillon valable.

Je vais m'en remettre à vous en ce qui concerne les données de type questionnaire sur les différents aspects physiques, sociaux et psychologiques de la santé.

Je présume qu'il y aura une ventilation valable des 50 000 participants à l'étude, pour distinguer entre hommes et femmes, entre groupes d'âge, par exemple 40 à 50 ans et 50 à 60 ans, ainsi qu'en fonction du statut socio-économique, du niveau de revenu, de l'origine ethnique, et ainsi de suite. Ai-je raison de dire cela ou bien cela compte-t-il aux fins de cette étude?

Mme Kirkland : Oui, cela compte. Cependant, si vous commencez à trop subdiviser la population, alors vous vous retrouvez avec des nombres insuffisants. Il se pose ici un très réel défi quant à savoir comment s'y prendre pour étudier comme il se doit la population canadienne. Par exemple, à l'étape de la conception de cette étude, nous étions très préoccupés par la nécessité d'étudier les populations tant urbaines que rurales.

Le sénateur Murray : Je vois cela.

Ms. Kirkland: We were concerned about studying different ethnic groups. However, if you design a study statistically to have adequate representation of different ethnic groups to answer all of the questions that you want to answer, you quickly run into big problems.

We have resolved that to a certain extent in the Canadian Longitudinal Study on Aging by taking a random sample of the Canadian population. It is random within province. There would be the same number of people within a province, so we can make provincial-level estimates. Those people would come from across the province so they can reflect different ethnicities and socio-economic levels.

Senator Murray: The number of Nova Scotians in that sample of 50,000 people will correspond to the proportion of Canada's population accounted for by Nova Scotia, presumably.

Ms. Kirkland: Not necessarily. If we did that, we would not be able to make estimates for Nova Scotia.

Senator Murray: In other words, you will have to over-sample in Nova Scotia.

Ms. Kirkland: Yes.

Senator Murray: Senator Carstairs and others can correct me if I am wrong. I think in terms of public opinion research, which is an entirely different thing, I acknowledge. A typical national sample on public opinion is far fewer than 50,000 people, more like 2,000 or fewer.

The Chairman: It is typically 1,200.

Senator Murray: It is typically 1,200. Why is the subset of 30,000 people, for whom you want a physical assessment and a blood sample, centred around 10 Canadian cities and towns? Is that just for the convenience of the researchers?

Ms. Kirkland: It is not just for the convenience of the researchers, but it is a logistical and financial issue. This is an extremely expensive study to begin with. Ideally, it would be nice to take a random sample of the Canadian population and go into their homes and have blood drawn there and have a portable system where you could take a number of different physical measures. However, financially, it is just not feasible to do a study like that on 50,000 people.

The individuals will come from a 100-kilometre radius around each of 10 centres located across the country. They will come to the centres to provide both physical assessments and blood samples. The intent is that over time we may be able to do similar things with the remaining 20,000 people who are not coming into a centre. As technology changes, it is possible to do things like do

Mme Kirkland : Nous tenions à étudier différents groupes ethniques. Cependant, si vous concevez une étude sur une base statistique en vue d'assurer une représentation adéquate de différents groupes ethniques dans le but de répondre à toutes les questions auxquelles vous voudrez trouver des réponses, alors vous vous trouvez vite confrontés à de gros problèmes.

Nous avons dans une certaine mesure résolu cela dans le cadre de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement en choisissant un échantillon au hasard de la population canadienne. La sélection s'est faite au hasard au niveau des provinces. Il y aura le même nombre de personnes dans chaque province, afin de pouvoir faire des estimations au niveau provincial. Et ces personnes seront choisies un petit peu partout dans la province, de façon à bien refléter les différents groupes ethniques et niveaux socio-économiques.

Le sénateur Murray : Le nombre de Néo-Écossais dans cet échantillon de 50 000 personnes correspondra à la proportion de la population canadienne représentée par la Nouvelle-Écosse, j'imagine.

Mme Kirkland : Pas forcément. Si nous faisons cela, nous ne serions pas en mesure de faire des estimations pour la Nouvelle-Écosse.

Le sénateur Murray : En d'autres termes, vous devrez faire un suréchantillonnage en Nouvelle-Écosse.

Mme Kirkland : Oui.

Le sénateur Murray : Le sénateur Carstairs et d'autres me corrigeront si je me trompe. Je m'inscris, dans ma réflexion, dans le contexte du sondage d'opinion publique qui est, j'en conviens, quelque chose de tout à fait différent. Un échantillon national type pour un sondage d'opinion publique serait de beaucoup inférieur à 50 000 personnes; il ne serait que de 2 000 ou moins.

La présidente : Typiquement, il serait de 1 200 personnes.

Le sénateur Murray : Il serait typiquement de 1 200. Pourquoi ce sous-groupe de 30 000 personnes, pour lequel vous voulez un examen physique et une prise de sang, est-il centré autour de dix villes et villages canadiens? Est-ce juste pour que ce soit plus pratique pour les chercheurs?

Mme Kirkland : Ce n'est pas simplement pour que ce soit plus pratique pour les chercheurs, mais il s'agit d'une question logistique et financière. Cette étude sera au départ extrêmement coûteuse. Idéalement, ce serait bien de pouvoir choisir un échantillon de Canadiens au hasard, de nous rendre chez eux, d'y faire faire une prise de sang et d'avoir un système portable qui permette de prélever différentes mesures physiques. Cependant, il n'est tout simplement pas faisable, sur le plan financier, d'effectuer une étude du genre avec 50 000 participants.

Ces personnes seront choisies à l'intérieur d'un rayon de 100 kilomètres autour de chacun de ces dix centres, répartis dans le pays. Elles se rendront dans ces centres pour les examens physiques et les prises de sang. L'idée est qu'au fil du temps nous puissions envisager de faire de même avec les 20 000 participants restants, qui ne se rendent pas dans un de ces centres. Au fur et à

a finger prick and put blood on filter paper and that kind of thing. As a result, we may be able to get more detailed physical information from those people.

Senator Murray: How long will this study go on?

Ms. Kirkland: It is proposed for 20 years.

Senator Murray: You said that for all 50,000 CLSA participants, this information will also, “with informed consent, be linked to existing information such as health care administrative databases, mortality files, disease registries, and environmental databases.”

When you recruit a person to be part of the sample, do you say, “How about giving your consent to let us look into your medical records?” Is that it?

Ms. Kirkland: Yes.

Senator Murray: Why are you doing that? Are you afraid they will not tell you the truth?

Ms. Kirkland: No, but it provides a useful way of accessing information that people might not remember or know themselves.

Senator Murray: What is most important? Is the questionnaire supplemental to what you will find out by reading their medical records, or is the information from the medical records supplemental to what you will get from the questionnaire?

Ms. Kirkland: What we get from individuals will be the primary source of information.

Senator Murray: The questionnaire.

Ms. Kirkland: Yes. Anything else we collect from other data sources will be supplementary, but it will provide a broad and useful picture — a more expanded picture.

Senator Murray: Has the questionnaire been prepared yet?

Ms. Kirkland: There are various versions of the questionnaire prepared, yes.

Senator Murray: Could we perhaps see an early draft?

Ms. Kirkland: Certainly.

Senator Murray: I would be interested, thank you. That is quite fascinating.

I do not know quite what to ask Mr. Rowe. I followed him, like Senator Carstairs. This business of marriage and divorce rates and the prospect of being disabled without someone to look after one has an awful fascination.

mesure de l'évolution de la technologie, il est possible de faire des choses, comme par exemple se piquer le doigt et prélever du sang sur un papier filtre, et ainsi de suite. Nous serons ainsi peut-être en mesure d'obtenir davantage de données détaillées sur l'état physique de ces personnes.

Le sénateur Murray : Combien de temps durera cette étude?

Mme Kirkland : Il a été proposé qu'elle s'étale sur 20 ans.

Le sénateur Murray : Vous avez dit que pour la totalité des 50 000 participants à l'ELCV ces renseignements seront également versés, « avec le consentement éclairé des intéressés, à des bases de données existantes, par exemple bases de données administratives de services de soins de santé, dossiers de mortalité, registres de maladie et bases de données environnementales ».

Lorsque vous recrutez une personne pour qu'elle fasse partie de l'échantillon, lui demandez-vous : « Que diriez-vous de donner votre consentement pour que nous examinions vos dossiers médicaux? » Est-ce ainsi que cela se passe?

Mme Kirkland : Oui.

Le sénateur Murray : Pourquoi faites-vous cela? Avez-vous peur que ces personnes ne vous disent pas la vérité?

Mme Kirkland : Non, mais cela est une façon pratique d'accéder à des informations dont les gens ne se souviennent peut-être pas ou ignorent peut-être eux-mêmes.

Le sénateur Murray : Qu'est-ce qui est le plus important? Le questionnaire viendra-t-il compléter ce que vous découvrirez en lisant les dossiers médicaux de ces personnes, ou bien les informations contenues dans les dossiers médicaux viendront-ils compléter ce que vous obtiendrez grâce au questionnaire?

Mme Kirkland : Ce sont les participants qui seront notre principale source d'information.

Le sénateur Murray : Le questionnaire.

Mme Kirkland : Oui. Tout ce que nous obtiendrons auprès d'autres sources de données sera un complément, mais cela nous fournira un tableau général et utile — un tableau plus vaste.

Le sénateur Murray : Le questionnaire a-t-il déjà été préparé?

Mme Kirkland : Oui, diverses versions du questionnaire ont été préparées.

Le sénateur Murray : Pourrions-nous peut-être en voir une ébauche?

Mme Kirkland : Certainement.

Le sénateur Murray : Merci, cela m'intéresse. Je trouve tout ceci tout à fait fascinant.

Je ne sais trop quelles questions poser à M. Rowe. Je l'ai suivi, tout comme le sénateur Carstairs. La question des taux de mariage et de divorce et la perspective d'être handicapé sans avoir quelqu'un pour s'occuper de vous exercent une terrible fascination.

The main question is not one that you can answer — or that it would be fair to ask you — which is what are the implications of this for public policy-makers. You feed this information to cabinet and Parliament and others. It is what we do with it, I suppose.

Mr. Rowe: The standard line, of course, is that we are Statistics Canada: we do not cross the boundary into policy and we do not do forecasting. We make projections based on a range of assumptions. Those are all the stock answers.

Part of the reason we felt there was a need to put together a model like this is that there are some simple truths. As policy analysts or people involved in policy generally, we cannot answer simple questions like, “What are the normal patterns that an employment career takes?” No one has ever been followed for that long, and the data we have is all fragmentary. The best we can do is to try to put those pieces of information together to make the maximum use of the data that we have for a range.

Senator Murray: Why should the baby boom generation end up benefiting less from taxes and transfers than their parents did? They will have more political clout.

Mr. Rowe: True enough, but there are maturation effects.

Senator Murray: What are they?

Mr. Rowe: At the start-up, any program, like CPP, will almost inevitably tend to be more generous for the people recruited at the outset than it will be when the program matures. The baby boom generation is the beneficiary of mature programs, by and large. It is not that they are getting second best in any sense, but the parents received very generous treatment from the social welfare programs generally.

Senator Murray: For a long time there have been fewer younger people looking after their parents and grandparents than there were a few generations ago. That has a lot to do with attitudes, I think, and with social changes in the country.

Why do you say that economic growth has more influence on lifetime transfers minus taxes than improvements in life expectancy?

Mr. Rowe: This was simply an observation that was made after mechanically working through the differences between —

Senator Murray: The call on the federal treasury, for example, is greater as a result of economic growth — in other words, we have the money to spend — than as a result of the fact that people are living longer.

Mr. Rowe: Yes.

Senator Murray: It is economic growth.

La principale question n'en est pas une à laquelle vous pouvez répondre — ou qu'il serait juste de vous poser : quelles sont les ramifications de cela pour les décideurs publics? Vous livrez ces renseignements au Cabinet, au Parlement et à d'autres. C'est ce que nous en faisons, je suppose, qui compte.

M. Rowe : La réponse standard, bien sûr, est que nous travaillons pour Statistique Canada : nous ne franchissons pas la frontière qui nous sépare de la politique, et nous ne faisons pas de prévisions. Nous faisons des projections sur la base d'une série d'hypothèses. Ce sont là des réponses toutes faites.

Une partie de la raison pour laquelle nous avons pensé qu'il importait d'élaborer un modèle comme celui-ci est qu'il existe un certain nombre de vérités fort simples. En tant qu'analyste de politiques ou de gens qui nous occupons de façon générale de politique, nous ne pouvons pas répondre à des questions simples du genre : « Quels sont les schémas normaux que suivent les carrières professionnelles? » Personne n'a jamais été suivi pendant une période suffisamment longue, et les données dont nous disposons sont fragmentaires. Le mieux que nous puissions faire c'est essayer de rassembler ces différents renseignements et utiliser au mieux les données dont nous disposons pour établir une fourchette.

Le sénateur Murray : Pourquoi les membres de la génération du baby-boom bénéficieraient-ils moins des impôts et des transferts que leurs parents? Ils auront plus de poids politique.

M. Rowe : Cela est juste, mais il y a des effets de maturation.

Le sénateur Murray : Et quels sont-ils?

M. Rowe : Au départ, tout programme, comme par exemple le RPC, aura presque inévitablement tendance à être plus généreux à l'égard des personnes recrutées au début que lorsqu'il sera arrivé à maturation. Les membres de la génération du baby-boom sont dans l'ensemble les bénéficiaires de programmes arrivés à maturation. Ce n'est pas du tout qu'ils vont avoir une couverture de second choix, mais c'est que, de façon générale, leurs parents auront bénéficié d'un traitement très généreux dans le cadre des programmes de bien-être social.

Le sénateur Murray : Cela fait longtemps déjà qu'il y a moins de jeunes gens qui s'occupent de leurs parents et de leurs parents qu'il y a de cela quelques générations. Cela a, je pense, beaucoup à voir avec des questions d'attitude et de changements sociaux survenus dans le pays.

Pourquoi dites-vous que la croissance économique a une plus forte incidence sur les « transferts moins les impôts » au cours d'une vie que l'amélioration de l'espérance de vie?

M. Rowe : Il s'agit simplement là d'une observation qui a été faite après avoir fait un examen mécanique des différences entre...

Le sénateur Murray : Le fardeau pour le Trésor fédéral, par exemple, est plus grand par suite de la croissance économique — en d'autres termes, nous avons plus d'argent à dépenser — que par suite du fait que les gens vivent plus longtemps.

M. Rowe : Oui.

Le sénateur Murray : C'est la croissance économique.

Mr. Rowe: It is economic growth; it is not demographics. That seemed to be the message that came out of this particular study.

Senator Murray: Future indexing provisions are more important than age of entitlement for CPP and OAS. What do you mean by "more important"?

Mr. Rowe: More important in that it made a greater difference to individuals if we were to substitute indexing provisions that would maintain the relative standard of living, relative to the average wage, rather than maintaining purchasing power in terms of cost-of-living adjustments.

Senator Murray: Does it not speak to something we were discussing earlier, which is the possibility of encouraging people to stay on the job longer?

Mr. Rowe: To some extent.

Senator Murray: The indexing provisions down the road will be more generous, which is an incentive to start taking one's pension later.

Mr. Rowe: The indexing provisions simply maintain a certain level of purchasing power. Inevitably, if there is economic growth, the standard of living will rise, and the comparative standard of living of the working population compared to the retired population would diverge. If we adjust it so that the working population and the retired population stay in sync, it would be wonderful; but those are all political decisions.

Senator Murray: That is not a political choice, please God.

Mr. Rowe: Perhaps not.

Senator Keon: This is fascinating stuff. Ms. Kirkland, it seems to me that you are doing five-year cohorts or tranches for 20 years. Then what will happen? Is it not terribly important to follow them for the next 20 years?

Ms. Kirkland: You mean after the first 20 years?

Senator Keon: Yes.

Ms. Kirkland: Absolutely. I will worry about the second 20 years when I get there. I am concerned about the first five years. It is extremely important to get this study off the ground. Once it is off the ground, the value of the information that comes out will allow for its longevity.

Once any study has been running for a certain length of time, there is added value to continuing; and the added value is more evident. From my perspective, the first 20 years is the focus. By then I will be close to retirement age so I will be able to hand it down to someone else to worry about the next 20 years' of funding.

Senator Keon: It will not happen because with the new rules, you will be working until the age of 90.

Ms. Kirkland: That is a good point.

M. Rowe : C'est la croissance économique; ce n'est pas la démographie. Cela semble être le message qui est ressorti de cette étude en particulier.

Le sénateur Murray : Les dispositions d'indexation futures ont plus d'importance que l'âge de l'admissibilité au RPC et à la SV. Qu'entendez-vous par « plus d'importance »?

M. Rowe : Plus d'importance, en ce sens que cela aurait une plus grande incidence sur les gens si l'on instaurait des dispositions d'indexation qui maintiendraient le niveau de vie relatif, par rapport au salaire moyen, au lieu de maintenir leur pouvoir d'achat par des ajustements au coût de la vie.

Le sénateur Murray : Cela ne rejoint-il pas quelque chose dont nous discutons plus tôt, soit la possibilité d'encourager les gens à rester plus longtemps au travail?

M. Rowe : Jusqu'à un certain point.

Le sénateur Murray : Les dispositions d'indexation futures seront plus généreuses, ce qui est un incitatif à commencer plus tard à toucher sa pension.

M. Rowe : Les dispositions en matière d'indexation maintiennent tout simplement un certain niveau de pouvoir d'achat. Inévitablement, s'il y a croissance économique, le niveau de vie augmentera, et le niveau de vie comparatif de la population active s'écarterait de celui des retraités. Si nous ajustions les choses de façon à ce que la population active et les retraités restent synchronisés, alors ce serait merveilleux; mais ce sont là des décisions politiques.

Le sénateur Murray : Prions Dieu pour que ce ne soit pas un choix politique.

M. Rowe : Peut-être pas.

Le sénateur Keon : Tout ceci est fascinant. Madame Kirkland, il me semble que vous allez examiner des cohortes ou des tranches de cinq ans sur 20 ans. Que se passera-t-il alors? Ne serait-il pas très important de les suivre pendant les 20 années suivantes?

Mme Kirkland : Vous voulez dire après les 20 premières années?

Le sénateur Keon : Oui.

Mme Kirkland : Absolument. Je m'inquiéterai de la deuxième tranche de 20 ans lorsque j'y serai. Pour l'instant, je me préoccupe des cinq premières années. Il est extrêmement important que cette étude démarre. Une fois qu'elle aura démarré, la valeur des renseignements qui en ressortiront justifiera sa longévité.

Dès qu'une étude, quelle qu'elle soit, est en cours depuis un certain temps, sa poursuite offre une valeur ajoutée, et la valeur ajoutée est plus évidente. Pour le moment, ce sont les 20 premières années qui me préoccupent. D'ici là, j'approcherai moi-même de la retraite et je pourrai donc remettre la chose à quelqu'un d'autre qui pourra s'inquiéter du financement pour les 20 années suivantes.

Le sénateur Keon : Ce n'est pas ce qui va se passer, car, avec les nouvelles règles, vous allez travailler jusqu'à l'âge de 90 ans.

Mme Kirkland : Peut-être bien.

Senator Keon: Mr. Rowe, I am fascinated by what you are doing. During my research, I had the great privilege of an experience with an aeronautics company to help us with computer simulation; it was tremendous. It is interesting that the first time the pilot of a 747 gets that plane off the ground it is full of passengers because all of his training is done on a simulator. I must admit that I crashed a 747 on the simulator in Montreal.

Senator Murray: How old were you then?

Senator Keon: It was only a few years ago. Needless to say, I went back to heart surgery. There is tremendous potential for cross-fertilization and collaboration between the two of you. Perhaps I would suggest that you see what you can do in your applications to come together because all kinds of hypotheses can be raised with simulation to solve many problems.

I have concerns, which the chairman raised, about the comments of the last witnesses who said that we seem to be discarding a tremendous body of historical and anecdotal knowledge. For example, the traditional university retirements at age 65 did not happen by accident; they were done for good reason. Universities found that their professors became non-productive at age 65 and that some of them truly were not competent to continue teaching. This was one solution to dealing with that situation.

It concerns me now when people talk about non-mandatory retirement at age 65 that they have nothing in place to substitute for that tradition. The measurements are very soft. Having lived the experience of interviewing people aged 65 and older to allow them to continue in some capacity after that age, I know that there is a very soft science.

Mr. Rowe, you might be able to make a tremendous contribution to that area. I would be interested to hear your thoughts and those of Ms. Kirkland on how to integrate some of this.

Simulators can accelerate tremendously the possibilities. For example, when I developed an interest in simulation, we built a simulated patient. It enabled us to teach the students how to handle a cardiac arrest in one afternoon instead of taking one year to do it. Previously, the system was hit and miss.

How do both of you think you could integrate such a tool? We have a great deal to learn about aging and about this critical time in aging when competence will be extremely important in many areas and it is all being treated with soft methodologies.

Mr. Rowe: I will return to my theme of diversity of outcomes. You raised the question of work past age 65, yet it seems that only about 10 per cent of the population continue to work past 65 years of age. Somehow or other work ends for large numbers

Le sénateur Keon : Monsieur Rowe, je suis fasciné par ce que vous êtes en train de faire. Pendant ma recherche, j'ai eu le grand privilège de travailler avec une société aéronautique qui nous a aidés avec des simulations par ordinateur; cela a été formidable. Il est intéressant que la première fois que le pilote d'un 747 décolle aux commandes d'un de ces appareils celui-ci est rempli de passagers, car il aura fait toute sa formation avec un simulateur. Il me faut avouer que j'ai fait s'écraser un 747 avec le simulateur à Montréal.

Le sénateur Murray : Quel âge aviez-vous alors?

Le sénateur Keon : Cela remonte à il y a quelques années. Inutile de dire que je suis retourné à la cardiologie. Il y a un énorme potentiel d'enrichissement mutuel et de collaboration entre vous deux. Je vous recommanderai peut-être de voir ce que vous pourriez faire dans le cadre de vos applications pour vous retrouver, car la simulation peut donner lieu à quantité d'hypothèses pouvant servir à résoudre de nombreux problèmes.

Je me pose des questions, que la présidente a soulevées, au sujet des commentaires des derniers témoins, qui nous dit qu'il semble que nous soyons en train de jeter une masse incroyable de connaissances historiques et anecdotiques. Par exemple, l'âge traditionnel de la retraite dans le milieu universitaire, qui est de 65 ans, n'est pas venu par accident; ces décisions ont été prises pour de bonnes raisons. Les universités ont constaté que leurs professeurs devenaient improductifs à l'âge de 65 ans et que certains d'entre eux n'étaient plus du tout compétents pour enseigner. C'était une solution face à cette situation.

Lorsque les gens parlent de faire en sorte qu'il ne soit plus obligatoire de prendre sa retraite à 65 ans, cela m'inquiète si l'on ne met rien en place comme solution de rechange à cette tradition. Les mesures sont très aléatoires. Ayant interviewé des personnes âgées de 65 ans et plus dans le but de leur permettre de conserver au moins une certaine activité dans leur profession après cet âge-là, je sais qu'il s'agit d'une science très conjecturale.

Monsieur Rowe, vous pourrez peut-être faire une contribution formidable dans ce domaine. Cela m'intéresserait d'entendre vos idées et celles de Mme Kirkland quant à la façon d'intégrer certains de ces éléments.

Les simulateurs permettent d'accélérer énormément les possibilités. Par exemple, lorsque je me suis intéressé à la simulation, nous avons construit un patient simulé. Celui-ci nous a permis d'apprendre aux étudiants quoi faire en cas d'arrêt cardiaque en une seule après-midi, au lieu que cela nous prenne un an. Auparavant, cela se faisait au petit bonheur la chance.

Pourriez-vous chacun nous dire comme vous pensez pouvoir intégrer un tel outil? Nous en avons beaucoup à apprendre au sujet du vieillissement et de cette période critique dans le vieillissement où la compétence sera extrêmement importante dans certains domaines, et tout cela est en train d'être traité avec des méthodologies très conjecturales.

M. Rowe : Je reviendrai à mon thème de diversité des issues. Vous soulevez la question du travail au-delà de l'âge de 65 ans; or, il semble que seuls 10 p. 100 environ de la population continuent de travailler au-delà de l'âge de 65 ans. D'une façon ou d'une

of people before age 65, starting perhaps around age 50 or age 55, and then it begins to taper off. No matter the age, it is labelled "retirement" one way or another. Yet, the data on self-reported retirement for males in recent birth cohorts indicates that only about 50 per cent of them will ever report having had a retirement event and that 10 per cent simply seem to continue, one way or another.

A good number of them might die on the job. We do not know. Many of them have careers that simply peter out. We know that permanent layoffs are not a rare phenomenon among the older working population. They are as common among the older population as they are among the youth. There seem to be many different ways in which careers end. It is difficult to categorize them, and it is enormously difficult to define the major influences in determining the outcome in any given case.

By and large, we do not have data for precisely these kinds of things. We do not have any general source of data that allows us to observe easily the lead-up to a retirement. The best example that I can think of is the Statistics Canada Survey of Labour and Income Dynamics, SLID, that follows people over a six-year period, at most. It is representative of the entire population. There is too small a sample for events such as retirement and the problems that were described before are present in spades.

We have to plead ignorance because we simply do not know about the issues you are raising.

Ms. Kirkland: I would agree with Mr. Rowe, who has repeatedly spoken to the notion of diversity, that it applies in this case as well. We know that age 65 is simply a number; it is not a magic number. It does not mean you are fine to work one day and you are not fine to work the next day. That is why it is so important that we understand health and aging over the life-course and that we are able to put together these pieces of various aspects of a person's life and to understand the impact.

For instance, in the Canadian Longitudinal Study on Aging, we would have information over time about various psychomotor processing speeds, various illnesses, attitudes about work and retirement, et cetera, and be able to piece it together over time. It is complicated and complex. Even the data sets, such as those produced by SLID, have a great deal of information on some of the social and work aspects but no information on the health aspects. Therefore, you cannot put that into the picture, although it is a big piece of the picture when it comes to understanding retirement or competency to continue working and so on. We simply do not have the information we need.

autre, la vie active s'arrête pour beaucoup de gens avant l'âge de 65 ans, peut-être à compter de l'âge de 50 ou de 55 ans, après quoi il y a une diminution progressive. Peu importe l'âge, cela s'appelle la « retraite ». Or, les données correspondant aux retraites autodéclarées par des personnes du sexe masculin dans les récentes cohortes indiquent que seuls environ 50 p. 100 d'entre eux déclareront jamais vivre un événement de retraite, et que 10 p. 100 semblent tout simplement continuer, sous une forme ou une autre.

Bon nombre d'entre eux meurent peut-être au travail. Nous ne le savons pas. Beaucoup d'entre eux ont tout simplement des carrières qui s'étiolent. Nous savons que les mises à pied permanentes ne sont pas un phénomène rare chez les travailleurs âgés. Elles sont aussi courantes chez les personnes âgées que chez les jeunes. Il semble qu'il y ait différentes façons dont une carrière peut prendre fin. Il est difficile de les classer, et il est extrêmement difficile de définir les principales influences déterminantes dans l'issue d'un cas donné.

De façon générale, nous ne disposons pas de données sur ces choses. Nous ne disposons d'aucune source générale de données qui nous permette d'observer aisément les étapes qui précèdent la retraite. Le meilleur exemple que je vois est une enquête-ménage de Statistique Canada, l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, ou EDTR, qui suit les gens sur une période maximale de six ans. L'échantillon est représentatif de la population tout entière mais il est trop petit pour que les exemples d'événements comme la retraite, et les problèmes qui ont été décrits tout à l'heure y ressortent en très grand nombre.

Il nous faut plaider l'ignorance, car nous ne savons tout simplement rien des questions que vous soulevez.

Mme Kirkland : Je suis d'accord avec M. Rowe, qui a maintes fois parlé de la notion de diversité, qui s'applique dans ce cas-ci également. Nous savons que 65 ans, ce n'est qu'un nombre; ce n'est pas un nombre magique. Cela ne veut pas dire qu'un jour vous êtes bien pour travailler et que le lendemain vous ne l'êtes plus. C'est pourquoi il est si important que nous comprenions la santé et le vieillissement sur tout le parcours de vie et que nous puissions mettre ensemble ces morceaux correspondant aux différents aspects de la vie d'une personne et en comprendre l'incidence.

Par exemple, dans le cadre de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, nous obtiendrons des renseignements, dans le temps, au sujet de diverses vitesses psychomotrices, de diverses maladies, de différentes attitudes à l'égard du travail et de la retraite, et cetera, et nous pourrions les mettre bout à bout. Cela est compliqué et complexe. Même les ensembles de données, comme ceux produits par l'EDTR, renferment énormément de données sur certains des aspects sociaux et professionnels, mais ne livrent rien au sujet de la santé. C'est ainsi que vous ne pouvez pas insérer cela dans le tableau, bien que cela en représente un gros morceau lorsque vous voulez comprendre la retraite ou la capacité de continuer de travailler, et cetera. Nous ne disposons tout simplement pas des renseignements dont nous avons besoin.

Senator Keon: I agree completely. Do you think that Mr. Rowe can help you with some of the simulation models?

Ms. Kirkland: If you mean in terms of the CLSA, I would say, yes, definitely. Using the Canadian Longitudinal Study on Aging as a tool for simulation would be useful. Without that data, you cannot utilize it. Much data currently in existence can be utilized to project things that may occur in the population in the CLSA. We can then test out some of these things or make sure we have the information we need to observe them in the population over time. They are definitely integrated and possibly parallel processes but very complementary at the same time.

Mr. Rowe: I would say that things are a little more one-sided than that. I can benefit from Ms. Kirkland's work more than she can benefit from mine.

The Chairman: Mr. Rowe, I was particularly interested in your comments on disability and aging and on two-earner couples becoming two-pension couples. I assume that what you fed into the simulation in order to come up with these projections is the fact that we in Canada have a 40 per cent divorce rate. Following divorce, according to the statistics in the *Maclean's* article to which I referred, many women choose not to re-enter into any form of partnership. "I am now single and I am enjoying it" seems to be their attitude, which means that they will not have anyone to look after them. As well, the spouse they left will have no one.

Is that the kind of data you collect and model?

Mr. Rowe: That is the kind of data we collect. We have made use of a number of retrospective surveys where information is collected from individuals who report when and how many marriages or common-law unions they have had in the past. Such surveys have been conducted since about 1984. We have pooled all of the information from all of the surveys together in order to get a more comprehensive picture.

We looked not just at the marriage breakdown but at the fact that there are changes, as you have suggested, in the proportion of people who choose to remain single and changes in the proportion who enter common-law unions and remain in common-law unions. Moreover, there have been changes in the prevalence of common-law unions after legal marriage breakdown.

We have had over a 20-year period a remarkable trend in marital status. Some of it may be a shift in the name only; common-law unions may represent the equivalent of marriage in the future and they are no different from traditional marriages except in name. However, common-law unions that have formed after a marriage breakdown and that persist into older age perhaps have behavioural consequences that we have not seen in the population to date. There seems to be much uncertainty about what the future could hold. We have some dramatic differences in

Le sénateur Keon : Je suis tout à fait d'accord avec vous. Pensez-vous que M. Rowe pourra vous aider avec certains des modèles de simulation?

Mme Kirkland : Si vous voulez parler de l'ELCV, alors je dirais que oui, définitivement. Il serait utile d'utiliser l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement comme outil de simulation. En l'absence de ces données, on ne pourrait pas l'utiliser. Quantité de données qui existent déjà pourraient être utilisées pour faire des projections quant à ce qui pourrait arriver à l'échantillon de population visé par l'ELCV. Nous pourrions ensuite vérifier certaines de ces choses ou veiller à ce que nous disposions des données requises pour les observer parmi la population au fil du temps. Il s'agit définitivement de processus intégrés et possiblement parallèles, mais ils sont en même très complémentaires.

M. Rowe : Je dirais que les choses sont un petit peu moins équilibrées que cela. Moi je pourrai davantage bénéficier du travail de Mme Kirkland qu'elle ne pourra bénéficier du mien.

La présidente : Monsieur Rowe, j'ai été particulièrement intéressée par vos commentaires au sujet de l'invalidité et du vieillissement et des couples à deux revenus qui deviennent des couples à deux pensions. Je suppose que vous avez inscrit dans cette simulation qui a donné lieu à ces projections le fait que nous avons au Canada un taux de divorce de 40 p. 100. Après le divorce, d'après les statistiques données dans l'article de la revue *Maclean's* dont j'ai fait état, de nombreuses femmes choisissent de n'entrer dans aucune forme d'union. « Je suis maintenant seule et cela me plaît » semble être leur attitude, ce qui signifie qu'elles n'auront personne pour s'occuper d'elles. D'autre part, le conjoint qu'elles ont quitté n'aura personne.

Est-ce là le genre de données que vous recueillez et utilisez dans votre travail de modélisation?

M. Rowe : C'est là le genre de données que nous recueillons. Nous avons utilisé plusieurs enquêtes rétrospectives dans le cadre desquelles on a interrogé les gens pour savoir combien de mariages ou d'unions de fait ils ont eus par le passé et quand. Des sondages du genre sont menés depuis environ 1984. Nous avons réuni tous les renseignements obtenus dans le cadre de ces sondages afin d'avoir un tableau plus exhaustif.

Nous avons regardé non seulement la rupture du mariage mais également le fait qu'il soit survenu des changements, comme vous venez de le dire, dans la proportion des personnes qui choisissent de demeurer seules et dans la proportion de celles qui choisissent des unions de fait et qui demeurent dans des unions de fait. Il y a d'autre part eu des changements dans la prévalence des unions de fait après la rupture d'un mariage légal.

Il s'est dessiné au cours des 20 dernières années une tendance remarquable sur le plan de l'état matrimonial. Dans certains cas, il ne s'agit que d'un changement de terminologie; les unions de fait représentent peut-être l'équivalent du mariage à l'avenir et elles ne diffèrent du mariage traditionnel que dans leur appellation. Cependant, les unions de fait qui se sont instaurées après une rupture de mariage et qui persistent jusqu'à un âge avancé amèneront peut-être des changements de comportement que nous n'avons jusqu'ici pas constatés parmi la population. Il semble

patterns across the country, principally between Quebec and the rest of the native-born population, and the foreign-born population as well seems to represent a group that by and large holds closer to what we traditionally think of as marriage.

The way in which marriage will work out in the future is, to my mind, a large unknown. There are some rather important considerations for the senior population that depend on how that works out in the future.

The Chairman: In discussions with some seniors, it has become clear that they are not even entering into common-law unions because they think it is to their economic advantage to stay separate and apart. That does not mean that they do not get together on a fairly regular basis; they just do not live together, because one or both of them will lose the Guaranteed Income Supplement, so they just maintain their separateness in terms of income level.

Is that borne out in the modelling that you do?

Mr. Rowe: We cannot address that. Other grey areas in national statistics are things that cross household boundaries. We do not know what kind of connections there might be between different households and we do not know the reasons or how common the situation that you have described might be.

We do know that the incentives exist for that kind of an outcome, but we do not really know about the prevalence.

Ms. Kirkland: Those are particularly the kinds of things that studies like the Canadian Longitudinal Study on Aging can get at because studies ask people particularly about these things. They have the opportunity, when certain situations arise, to ask why. That is the important question, because sometimes we can see these things happening but we do not know why. We can tell you that a certain proportion of people live in their own home or cohabit, but we do not know why. Having the opportunity to go directly to people and question them on their beliefs, attitudes and the reasons behind why they do things can be very helpful in this circumstance.

The Chairman: Thank you both very much. This has been very informative. I put my own bias here: I hope you get the funding for your longitudinal study and I hope you keep modelling, Mr. Rowe, so that we can have interesting data such as what you presented to us this afternoon.

The committee adjourned.

qu'il y ait beaucoup d'incertitude quant à ce que l'avenir pourrait nous réserver. Nous avons relevé des différences très marquées entre régions du pays, principalement entre le Québec et le reste de la population née au Canada, et la population née à l'étranger semble elle aussi représenter un groupe qui tient davantage à ce qui a jusqu'ici été notre vision traditionnelle du mariage.

La façon dont le mariage évoluera à l'avenir est selon moi une énorme inconnue. La façon dont cela évoluera à l'avenir aura d'importantes conséquences pour les aînés.

La présidente : Il ressort clairement de discussions avec certains aînés qu'ils n'entrent même pas dans des unions de fait car ils pensent qu'il est plus avantageux pour eux, sur le plan financier, de rester seuls. Cela ne veut pas dire que les deux personnes ne se retrouvent pas régulièrement; tout simplement, elles ne vivent pas ensemble car l'un ou l'autre ou les deux perdraient alors leur supplément de revenu garanti, et ces personnes restent simplement chacune de leur côté à des fins de niveau de revenu.

Cela ressort-il dans votre travail de modélisation?

M. Rowe : Nous ne pouvons pas traiter de cela. D'autres zones grises dans les statistiques nationales sont les choses qui franchissent les barrières entre ménages. Nous ne savons pas quels genres de liens existent peut-être entre différents ménages et nous n'en connaissons pas les raisons, ni même la fréquence du genre de situation que vous venez de décrire.

Nous savons cependant qu'il y a des incitatifs qui plaident en faveur de ce genre de choix, mais nous n'en connaissons pas la prévalence.

Mme Kirkland : Ce sont précisément sur ces genres de choses que des études comme l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement pourront nous renseigner, car dans le cadre de ce genre d'études nous pouvons interroger les gens sur ces choses. Nous avons ainsi la possibilité, lorsque surgissent certaines situations, de demander pourquoi. C'est là la question importante, car il nous arrive de constater que ces cas de figure se présentent, mais nous en ignorons la cause. Nous pouvons vous dire qu'une certaine proportion des gens vivent dans leur propre maison ou cohabitent avec d'autres, mais nous ne savons pas pourquoi. Le fait de pouvoir s'adresser directement aux gens et les interroger sur leurs croyances, attitudes et motifs peut être très utile dans ce genre de situation.

La présidente : Merci beaucoup à tous les deux. Cette séance a été très instructive. Si je peux me permettre d'ajouter mon propre grain de sel, j'espère que vous obtiendrez le financement pour votre étude longitudinale, et j'espère, monsieur Rowe, que vous continuerez de faire du travail de modélisation afin que nous puissions bénéficier de données intéressantes comme celles que vous nous avez livrées cet après-midi.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

As individuals:

Victor Marshall, Professor of Sociology, Institute on Aging,
University of North Carolina;

Susan Kirkland, Professor, Canadian Longitudinal Study on
Aging, Dalhousie University.

Policy Research Initiative:

Terrence Hunsley, Senior Project Director.

Statistics Canada:

Geoff Rowe, Senior Advisor — Microsimulation.

TÉMOINS

À titre personnel :

Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le
vieillessement, University of North Carolina;

Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne
sur le vieillissement, Université Dalhousie.

Projet de recherche sur les politiques :

Terrence Hunsley, directeur principal du projet.

Statistique Canada :

Geoff Rowe, conseiller principal — microsimulation.



16439

